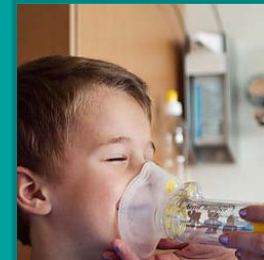


“Mag ik deze dans van jullie?”

Een conversatie analytisch onderzoek naar de participatie en karakteristieke aspecten van het arts-ouder-kind gesprek

Melle Bouwhuis



Medisch Centrum Leeuwarden
Rijksuniversiteit Groningen,
Communicatie- en Informatiewetenschappen



Groningen, april 2013

Studentenbureau UMCG

Universitair Medisch Centrum Groningen



“Mag ik deze dans van jullie?”

Een conversatie analytisch onderzoek naar de participatie en karakteristieke aspecten van het arts-ouder-kind gesprek.

Groningen, april 2013

Auteur

Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Oprachtgever

Begeleider onderwijsinstelling

Begeleider UMCG

Melle Bouwhuis

S2003759

Communicatie- en Informatiewetenschappen
Faculteit der Letteren
Rijksuniversiteit Groningen

dr. T. W. de Vries
Kindergeneeskunde, MCL

dr. M. Huiskes
Faculteit der Letteren
Rijksuniversiteit Groningen

dr. J. Pols
Studentenbureau, UMCG

© 2013 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Trefw Conversatieanalyse, arts-ouder-kind gesprek

Het arts-ouder-kind gesprek is als een dans.

Een dans waarin de arts leidt en het kind centraal staat.

De vraag van de arts gaat in een vloeiende beweging over in het antwoord van het kind.

De ouder danst met het kind en de arts mee.

Het gesprek is een dans die zij met zijn drieën opvoeren.

Alle rollen zijn belangrijk, iedereen doet mee.

VOORWOORD

*“The only time you should ever look back,
is to see how far you’ve come”*

Ruim tien jaar geleden startte ik na het behalen van mijn vmbo-diploma mijn studieloopbaan aan het mbo. Als ik nu mijn 16-jarige ik zou vertellen dat ik na het mbo zou kiezen voor een hbo-opleiding en ik vervolgens door zou stromen naar de universiteit, zou ik mezelf waarschijnlijk raar aankijken. Vooral het beeld dat ik nu uren in de universiteitsbibliotheek zou spenderen en dat ik onderzoek een erg interessante tijdsbesteding zou vinden zouden mijn 16-jarige ik verstoeld doen staan. Ik ben erg blij met mijn keuze. Het heeft mij gemaakt tot wie ik nu ben: een doorzetter in hart en nieren. Wat tijdens het schrijven van deze scriptie meer dan eens op de proef werd gesteld.

Deze masterscriptie is meer dan een afsluiting van mijn studententijd. Het heeft niet alleen bijgedragen aan de ontwikkeling van mijn onderzoekvaardigheden, het heeft ervoor gezorgd dat ik zelfstandig een onderzoek heb leren opzetten. Een zeer bijzonder project waarbij het idee ‘kindercommunicatie’ ontwikkeld werd tot een onderzoek waarin we met meerdere mensen tot een onderzoeksopzet zijn gekomen en ik zelf een corpus heb mogen samenstellen. Dit voorwoord wil ik graag benutten om een aantal mensen te bedanken. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Allereerst Tjalling de Vries voor zijn enthousiasme, gastvrijheid en zijn behulpzaamheid. Tevens wil ik Jan Pols bedanken, die mij in contract bracht met Tjalling. En natuurlijk, alle mensen die mee hebben gedaan aan dit onderzoek, waarvan het gesprek opgenomen mocht worden om dit onderzoek uit te voeren. Ook wil ik graag mijn scriptiebegeleider Mike Huiskes bedanken voor zijn begeleiding, enthousiasme en feedback.

Tot slot, maar zeker niet op de laatste plaats wil ik graag mijn ouders bedanken. Zij hebben mij altijd gesteund, stonden altijd achter mijn keuzes en staan altijd voor mij klaar. Zonder hen had deze studieloopbaan niet tot dit hoogtepunt kunnen komen.

Melle Bouwhuis

Groningen, april 2013

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
1 INLEIDING	3
2 MEDISCHE INTERACTIE	5
2.1 RELATIE TUSSEN ARTS EN PATIËNT.....	5
2.2 HET ARTS-PATIËNTGESPREK: EEN INSTITUTIONELE SETTING	5
2.3 MEDISCHE INTERACTIE: HET ARTS-OUDER-KIND GESPREK.....	6
3 STRUCTUUR VAN HET MEDISCHE CONSULT	9
3.1 FASEN VAN HET MEDISCHE CONSULT	9
3.2 DE PATIËNT CENTRAAL.....	10
3.3 SAMENVATTING EN VRAAGSTELLING.....	12
4 MEERPARTIJENGESPREK: PARTICIPATIE.....	13
4.1 PARTICIPATIEFRAME	13
4.2 ARTS-OUDER-KIND GESPREK.....	14
4.3 SAMENVATTING EN VRAAGSTELLING.....	15
5 EXPERT EN NON-EXPERT: ILLUSTRATIETECHNIKEN	17
5.1 EXPERT, NON-EXPERT: EEN ASYMMETRISCHE RELATIE.....	17
5.2 STRATEGIE VAN DE EXPERT: ILLUSTRATIE	18
5.3 SAMENVATTING EN VRAAGSTELLING.....	18
6 METHODE.....	21
6.1 CONVERSATIEANALYSE.....	21
6.2 HET CORPUS.....	22
6.2.1 De patiënt.....	22
6.2.2 Ziektebeeld: astma	23
6.2.3 Het polibezzoek.....	24
6.3 WERKWIJZE.....	24
6.3.1 Analyse.....	24
7 STRUCTUUR VAN HET GESPREK	27
7.1 OPENING.....	28

7.2 ANAMNESE.....	30
7.2.2 Tweedeling.....	32
7.2.3 Het afsluiten van de anamnese: participatiemogelijkheden vergroten.....	32
7.2.4 Ter afsluiting.....	37
7.3 BEHANDELVOORSTEL EN EVALUATIE.....	37
7.4 AFSLUITING.....	40
7.5 DEELCONCLUSIE.....	42
8 PARTICIPATIE.....	45
8.1 ANDER SELECTIE DOOR DE ARTS.....	45
8.2 ZELFSELECTIE DOOR DE OUDER.....	46
8.2.1 De ouder geeft antwoord op de vraag van de arts.....	47
8.2.2 Uiting van de ouder heeft betrekking op de vraag.....	49
8.2.3 Uiting van de ouder heeft betrekking op het antwoord.....	50
8.2.4 De ouder stelt de vraag.....	51
8.3 DEELCONCLUSIE.....	51
9 ILLUSTRATIES: GESPREKSPARTNER LATEN INLEVEN.....	53
9.1 THEORIE VERSUS PRAKTIJK.....	53
9.2 MEEST VOORKOMENDE ILLUSTRATIEVORMEN: VOORBEELDEN EN SCENARIO'S.....	55
9.2.1 Illustratievorm: voorbeeld.....	56
9.2.2 Illustratievorm: scenario.....	64
10 CONCLUSIE.....	69
11 DISCUSSIE.....	72
LITERATUURLIJST.....	74
BIJLAGENI.....	77

SAMENVATTING

De mogelijkheden van de patiënt om tijdens het arts-patiënt gesprek te participeren worden gelimiteerd door de institutionele setting waarin het gesprek plaatsvindt. Deze setting zorgt voor een vaste structuur en brengt gespreksdoelen met zich mee (Heritage, 2005). De doelen zijn voornamelijk gericht op de arts: hij voert tijdens het consult de belangrijkste interactionele handelingen uit, zoals het stellen van een diagnose. Er wordt binnen het arts-ouder-kind gesprek niet alleen een extra gespreksdeelnemer toegevoegd aan het klassieke arts-patiënt gesprek, tevens is deze deelnemer een kind. Vanuit deze visie kan gesteld worden dat de participatiemogelijkheden van de gespreksdeelnemers binnen een arts-ouder-kind gesprek verder in het geding komen. Het participatieprobleem van het arts-ouder-kind gesprek staat in dit onderzoek centraal.

In samenwerking met een kinderarts is er een corpus samengesteld van zes controlegesprekken tussen arts, ouder en kind. De kinderen die aan het onderzoek meededen waren op het moment van opname tussen de 7 en 10 jaar oud en hebben allemaal een vorm van astma. De gesprekken zijn op video opgenomen in de zomer van 2012. Om de participatiemogelijkheden van de gespreksdeelnemers in een arts-ouder-kind gesprek nader te bestuderen, is het onderzoek opgedeeld in drie thema's: de structuur van het controlegesprek, de participatie van de gespreksdeelnemers en het gebruik van illustratietechnieken.

Structuur van het medische consult

Zoals gesteld brengt de setting waarin het medische consult plaatsvindt doelen met zich mee, die zorgen voor een vaste structuur van het gesprek. Dit zorgt ervoor dat de participatiemogelijkheden van de patiënt in het geding komen.

Karakteristiek voor de structuur van het controlegesprek tussen arts, ouder en kind is de wijze waarop de arts de anamnese interactioneel vormgeeft. Eerst praat hij met het

kind, daarna met de ouder. De anamnese wordt dus tweedelig, herhaaldelijk interactioneel vormgegeven.

De wijze waarop de arts de openingsvraag stelt en de anamnese vormgeeft zorgen ervoor dat de kans voor het kind om te participeren tijdens het medische consult vergroot wordt.

De anamnese met de ouder vloeit voort naar het behandelvoorstel. Het behandelvoorstel wordt dus vaak eerst met de ouder besproken, waarna de arts op een samenvattende wijze het voorstel voorlegt aan het kind. In deze overgang kan het kind een extra asymmetrie ervaren.

Ondanks dat het voorstel door de arts pas interactioneel goedgekeurd wordt wanneer het kind het voorstel geaccepteerd heeft, rijst de gedachte dat het voor de rol van het kind tijdens het gesprek goed zou zijn om eerder bij het behandelvoorstel betrokken te worden. Immers, wanneer de arts en de ouder een behandeling hebben besproken, voelt het kind zich, door de dubbele asymmetrische relatie van zowel de ouder als de arts, wellicht niet in staat om het voorstel te weigeren.

Participatie

Wanneer er een gesprek met meer dan twee deelnemers gevoerd wordt, worden er geregeld hele fragmenten van het gesprek met slechts twee van de drie deelnemers gevoerd. Met andere woorden, de derde persoon, de side participant, is interactioneel tijdelijk uitgesloten van het beurtbeklederschap. De vragen die in dit onderzoek beantwoord zijn, is wie de rol van side participant in welke fase van het gesprek vervult en op welke wijze de side participant in het gesprek wordt betrokken.

De rol van de side participant komt het beste tot uiting in de tweedeling van de anamnese. In het eerste gedeelte vervullen de arts en het kind de rol van spreker en ontvanger, in het tweede gedeelte vervullen de arts en de ouder deze rol. De rol van side participant wordt dan ook eerst door de ouder vervuld en vervolgens door het kind.

In de onderzochte gesprekken heeft de ouder ten opzichte van het kind een ondersteunende rol. Wanneer de ouder zich tijdens het eerste deel van de anamnese - waarin de arts met het kind in gesprek is - selecteert, laat de ouder voornamelijk zien dat hij betrokken is bij het kind door hem te ondersteunen. Daarbij kan gesteld worden dat de arts deze functie van de ouder waardeert: de uitspraken met deze functie en in deze sequentiële positie werden door de arts als wezenlijk beschouwd.

Illustratietechnieken

Doordat het medische consult van de arts bepaalde handelingen en acties verlangt, worden de participatiemogelijkheden van het kind en de ouder gelimiteerd. Er kan daarom gesproken worden van een asymmetrische relatie tussen arts en patiënt. Aan deze asymmetrische relatie kan een extra dimensie worden toegevoegd: de situationele rollen expert en non-expert. Vanuit de literatuur wordt gesteld dat de gespreksdeelnemers illustratietechnieken kunnen gebruiken om deze rollen interactioneel relevant te maken.

De illustratietechnieken worden in dit onderzoek, in tegenstelling tot de literatuur, door de gespreksdeelnemers niet gebruikt om hun expertise te tonen, maar om elkaar in te laten leven in een bepaalde situatie. Het is daarom niet verwonderlijk dat de meerderheid van alle illustraties geuit worden tijdens de anamnese.

Daarnaast is het noemenswaardig dat in de literatuur gesteld wordt dat metaforen binnen de medische interactie het meeste voor zouden komen. In dagelijkse gesprekken zouden andere technieken geprefereerd worden zoals het gebruik van voorbeelden en scenario's. Op basis daarvan zou dus gesteld kunnen worden dat het gesprek tussen arts, ouder en kind een informeel karakter heeft. Dit zou, in het kader van de participatie van het kind tijdens een medisch consult, een positief aspect kunnen zijn.

1 INLEIDING

Persoonlijke interesse in geneeskunde en medische interactie in combinatie met een vraag uit de praktijk vormden de basis voor het onderwerp van deze scriptie. Via het Studentenbureau van het UMCG, waar vragen voor afstudeerprojecten uit de praktijk worden verzameld, kwam ik in contact met Tjalling de Vries die al ruim 20 jaar als kinderarts werkzaam is in het Medisch Centrum Leeuwarden. Zijn ambities om het elke dag beter te doen dan gisteren en ouders en kinderen tevreden naar huis te zien gaan, zijn voor hem erg belangrijk. Aan de hand van dit onderzoek: beschrijvend, kwalitatief en conversatie-analytisch, wordt er door gesprekken te bestuderen vanuit de participatiemogelijkheden van de deelnemers, antwoord gegeven op de vraag vanuit de praktijk.

De geringe participatie van het kind wordt niet uitsluitend gezien als een gevolg van het gedrag van de volwassenen, maar als co-constructie van alle drie de deelnemers (Tates, 2002).

De participatiemogelijkheden van de patiënt tijdens een arts-patiënt gesprek zijn gelimiteerd. De institutionele setting waarin het gesprek plaatsvindt, zorgt voor een vaste structuur van het medische consult en brengt gespreksdoelen met zich mee (Heritage, 2005). De gespreksdoelen zijn met name gericht op de arts: hij voert tijdens het consult de belangrijkste interactionele handelingen uit, zoals het stellen van een diagnose en het doen van een behandelvoorstel. Van de patiënt wordt verwacht dat hij vertelt welke klachten hij ervaart en dat hij vragen beantwoordt (Ten Have, 2005). De participatie van de arts binnen het medische gesprek is dus aanzienlijk hoger dan de participatie van de patiënt. In dit onderzoek staat het arts-ouder-kind gesprek centraal. Doordat er, ten opzichte van het traditionele arts-patiënt gesprek, tijdens het dit gesprek een derde participant aan het gesprek wordt toegevoegd, kan er gesteld worden dat de participatiemogelijkheden van de gespreks-deelnemers verder in het geding komen.

Tates (2002) stelt in het bovenstaande citaat dat iedereen bijdraagt aan de participatie van alle partijen tijdens het medische gesprek. Gespreksdeelnemers kunnen elkaar stimuleren om te participeren maar ook afremmen. Wanneer de ouder bijvoorbeeld optreedt als woordvoerder voor het kind, blijft er voor het kind weinig ruimte over voor eigen inbreng zoals in het onderstaande voorbeeld duidelijk wordt.

Voorbeeldfragment 1-1 (uit fragment 6 r15 t/m 22)

1. A: ik wil graag eerste even
2. weten hoe het met jou is e:h
3. [naam kind].
4. (1,1)
5. K: goed,
6. (.)
7. A: gaat het goed met jou? [nou daar ben
8. M: [JA ALLEEN de
9. A: ik heel blij mee
10. M: oren moeten uitgespoten worden die
11. M: zitten een beetje verstopt [en dan
12. A: [oei
13. M: kan hij zo moeilijk luisteren
14. A: ((blik gericht naar het kind))

Het bovenstaande fragment schetst een situatie waarin de arts aan het begin van het consult het kind actief bij het gesprek probeert te betrekken. De openingsvraag richt hij dan ook aan het kind. Wanneer de arts in regel vijf reageert op de uiting van het kind in regel drie, neemt de moeder de beurt over. Noemenswaardig is de wijze waarop zij dit doet. Door haar beurt luider te beginnen, wordt de beurt door de moeder als het ware opgeëist. Het voorbeeld zoals het hier geschetst wordt, sluit nauw aan bij het citaat waarmee dit hoofdstuk begint. De geringe participatie van het kind is in dit geval niet alleen het gevolg van het gedrag van de arts en de ouder. Doordat het kind in dit fragment nauwelijks deelneemt aan het gesprek omdat hij is gaan spelen met het speelgoed in de behandelkamer, verdwijnt het kind letterlijk uit beeld. De situatie, de mate van

participatie van de gespreksdeelnemers, is een co-constructie en wordt dus gevormd door de bijdrage van alle drie de deelnemers.

Aan de hand van een oriënterend vooronderzoek wat bestond uit een meelooptag en het uitvoeren van een single-case studie, zijn de participatiemogelijkheden binnen het medische consult tussen arts ouder en kind in dit onderzoek ondergebracht in drie thema's: de structuur van het gesprek, de rollen die de gespreksdeelnemers aannemen in het kader van participatie en de strategieën die door de gespreksdeelnemers gebruikt worden om de rollen expert en non-expert tijdens het consult relevant te maken.

Het eerste onderzoeksthema richt zich op de structuur van het gesprek. Zoals we eerder in dit hoofdstuk genoemd werd, bestaat de structuur van het medische gesprek uit handelingen die voornamelijk door de arts uitgevoerd moeten worden. Het is dus interessant om de fasering ofwel het handelingspatroon van het arts-ouder-kind gesprek te bestuderen en te onderzoeken in welke fase en op welke wijze de patiënt en de ouder betrokken worden bij handelingen van de arts. De bestaande fasering, terminologie en de handelingen die door de gespreksdeelnemers binnen een arts-patiënt gesprek door de deelnemers worden uitgevoerd, vormen in dit onderzoek de basis om de structuur van het arts-ouder-kind gesprek te bestuderen en uit te breiden tot een model voor de structuur van een controlegesprek tussen arts, ouder en kind.

Er bevinden zich in het gesprek wat met meerdere personen wordt gevoerd, vaak hele gedeeltes die tussen slechts twee deelnemers plaatsvindt. Aan de hand van het participatieframe van Clark (1996), waarin hij een aantal participatierollen voor een meerpartijengesprek beschrijft, wordt er in het tweede thema van dit onderzoek, aandacht besteed aan de participatierollen van de arts, ouder en het kind. Er wordt gekeken naar de wijze waarop de derde participant bij het gesprek betrokken raakt, hoe de participanten hun beurt vormgeven en welke functie hierin onderscheiden kan worden.

Met het derde thema wordt aandacht geschonken aan de wijze waarop de gespreksdeelnemers de situationele rollen expert en non-expert tijdens het gesprek relevant maken. De gespreksdeelnemers tonen hun expertise naar elkaar door gebruik te maken van illustraties zoals het gebruik van voorbeelden en het schetsen van een scenario (Gulich, 2003). Door de wijze waarop de gespreksdeelnemers hun expertise tonen nader te bestuderen, wordt er niet alleen inzicht verkregen in de wijze waarop de gespreksdeelnemers zichzelf tijdens het gesprek positioneren ten opzichte van elkaar. Tevens laat de gespreksdeelnemer door het gebruik van illustraties zien welke verwachtingen hij of zij heeft over de ander, de kennis van de participanten en in hoeverre hij of zij inschat in hoeverre zijn gesprekspartner bepaalde informatie zal begrijpen (Sacks, 1974; Pomerantz & Rintel, 2004).

LEESWIJZER

In het eerste deel van de scriptie zal het theoretisch kader zoals hier boven geschetst is, verder worden uitgewerkt. Het theoretisch kader wordt ingeleid door de overkoepelende context van alle drie de thema's: de medische interactie. Na het theoretisch kader volgt in hoofdstuk zes de methode. Hierin wordt de conversatieanalyse nader toegelicht en wordt er achtereenvolgens aandacht besteed aan het corpus, de deelnemende patiënten, het ziektebeeld en de context waarin de medische consulten plaatsvinden. In het tweede deel volgen de resultaten van het onderzoek. Dit deel bestaat uit drie hoofdstukken die elk, aansluitend op de literatuur, een eigen onderwerp aan de hand van het corpus bespreken. Het onderzoek sluit af met de conclusie en discussie. Hier worden tevens enkele kritische opmerkingen over het onderzoek gemaakt en worden er aanbevelingen gedaan voor de gezondheidszorg en vervolgonderzoek.

2 MEDISCHE INTERACTIE

Binnen de medische interactie is veel onderzoek gedaan naar de communicatie tussen arts en volwassen patiënt. Het is een groot onderzoeksgebied, immers, geneeskunde is een belangrijk onderdeel van de samenleving en de economie (Heritage & Clayman, 2010). Goede communicatie tussen arts en patiënt is belangrijk. De kwaliteit van de gezondheid hangt voor een groot deel samen met de kwaliteit van het medische consult (Drew, Chatwin & Collins, 2001). Dit leidt niet allen tot een betere gezondheid, het verbetert tevens de relatie tussen arts en patiënt.

2.1 RELATIE TUSSEN ARTS EN PATIËNT

De relatie tussen arts en patiënt wordt binnen de medische interactie beschouwd als asymmetrisch: ongelijkwaardig (Ten Have, 2005). De asymmetrische relatie krijgt tijdens het medische consult vorm doordat de situationele rollen van arts en patiënt een aantal conversationele taken met zich meebrengen. De taak van een patiënt is om te vertellen welke klachten hij ervaart en vragen te beantwoorden. De arts wordt verwacht dat hij luistert naar de klachten en vragen stelt om tot een juiste diagnose te komen en beslissingen neemt over de mogelijke behandeling (Ten Have, 2005). Ofwel, de arts initieert voornamelijk acties (zoals vragen en verzoeken) en de patiënt geeft voornamelijk antwoord op het initiatief van de arts. (Robinson, 2001; Berenst, 2011).

Hoe de asymmetrische relatie door de gespreksdeelnemers wordt vormgegeven hangt samen met de setting van het gesprek. De institutionele setting waarin het medische consult plaats vindt brengt doelen met zich mee waardoor er tijdens het gesprek in het bijzonder door de arts bepaalde interactionele handelingen uitgevoerd moeten worden. De institutionele setting zal in de volgende paragraaf nader worden toegelicht.

2.2 HET ARTS-PATIËNTGESPREK: EEN INSTITUTIONELE SETTING

De medische interactie is gericht op gesprekken die plaatsvinden binnen een institutionele setting. Karakteristiek aan deze setting zijn de doelstellingen van de gespreksdeelnemers. Deze zijn gelimiteerd en specifiek per institutionele setting, zoals een functioneringsgesprek waarbij een werknemer een gesprek voert met zijn leidinggevende over zijn of haar functioneren. De doelen die de setting met zich meebrengen zorgen voor restricties op de bijdrage van gespreksdeelnemers. Ze beperken tevens de mogelijke acties, zoals het stellen van een diagnose, die aan de uitingen gerelateerd zijn (Drew & Heritage, 1992). In vergelijking tot alledaagse gesprekken zoals een gesprek tussen twee vrienden, is het gesprek binnen de institutionele setting voorgestructureerd (Mazeland, 2003).

Kenmerkend voor gesprekken die plaatsvinden binnen een institutionele setting zijn de verschillende gedeeltes, de fasen, waaruit het gesprek bestaat. Het is daardoor grotendeels vastgelegd wie wanneer welke beurt krijgt en welke handelingen de gesprekspartners in bepaalde fasen moeten uitvoeren. Een voorstructurering van hoe de beurten tijdens het gesprek verdeeld gaan worden wordt preallocatie genoemd (Mazeland, 2003).

Er zijn twee belangrijke theorieën over de relatie tussen interactie en de institutionele setting waarin deze interactie plaats vindt. De eerste theorie, de traditionele kijk op de relatie tussen de participanten en de context wordt de 'bucket theory' genoemd. Hierbij wordt de context, vergeleken met een emmer. Het water dat in de emmer kan zitten wordt vergeleken met de interactie. Het water neemt de vorm aan van de emmer: de interactie neemt de vorm aan van de context (Heritage & Clayman, 2010). Vanuit deze theorie bekeken wordt de interactie van de arts en de patiënt gevormd door de context, de setting waarin het gesprek plaatsvindt. De situationele identiteiten zoals de rol van arts en patiënt zijn daarbij van toepassing.

De tweede theorie is genoemd naar het beeld uit de film van de Beatles, Yellow Submarine. Wanneer de Beatles' in

de film over een 'yellow brick road' lopen, wordt bij elke stap die zij zetten de grond onder hun voeten gevormd: wat zij doen bepaalt de route die zij volgen. Wanneer er op deze wijze naar gesprekken wordt gekeken, kan gesteld worden dat interactie afhankelijk is van de acties van de gespreksdeelnemers. De participanten zijn tijdens een gesprek, continue bezig met het creëren, behouden of veranderen van de omstandigheden waarin zij en het gesprek zich bevinden (Heritage & Clayman, 2010).

Ondanks de uiteenlopende ideeën zijn beide theorieën toe te passen op arts-patiëntgesprekken. Enerzijds kan vanuit de 'bucket theory' gesteld worden dat de context - het ziekenhuis, de spreekkamer - bepaalt hoe de gespreksdeelnemers zich gedragen. Niet alleen de context draagt daar aan bij, ook de doelen en de fasen van het gesprek. Vanuit de 'yellow brick road' theorie kan gesteld worden dat de gespreksdeelnemers zelf de context creëren door een bepaalde rol, bijvoorbeeld de situationele identiteit van arts, patiënt of ouder aan te nemen. De context en de situationele identiteiten worden tijdens het medische consult door de deelnemers zelf gecreëerd en relevant gemaakt.

2.3 MEDISCHE INTERACTIE: HET ARTS-OUDER-KIND GESPREK

De rollen die de gespreksdeelnemers tijdens het medische consult aannemen, is een veelvuldig onderzocht onderwerp binnen de medische interactie. Niet alleen de situationele rollen van arts en patiënt maar ook rollen als expert en non-expert worden hierin nader bestudeerd. Ook de participatie van de gespreksdeelnemers van het medische gesprek en de structuur die zij tijdens het gesprek relevant maken, zijn relevant voor dit onderzoek.

In dit onderzoek wordt aandacht besteed aan gesprekken tussen arts, ouder en kind: er wordt ten opzichte van het vele onderzoek dat zich richt op huisarts-patiënt gesprekken, een extra participant aan het gesprek toegevoegd. Daarnaast is de patiënt in dit geval een kind in plaats van een volwassen patiënt. De participatie van de gespreksdeelnemer, en met name de participatie van de patiënt, kan in het geding komen door de vaste structuur die de institutionele setting met zich meebrengt.

Zo kan de patiënt het gevoel hebben onvoldoende ruimte te krijgen om hun klacht te presenteren of het gevoel dat hij door de arts niet begrepen wordt (Veening et al., 2009). Het is daarom interessant om te bestuderen hoe de ouder en het kind tijdens het medische consult met de arts participeren tijdens het medische consult. Wanneer zij een bijdrage leveren aan het gesprek (bijvoorbeeld in welke fase maar ook sequentiële positie), hoe zij hun beurt construeren en welke functie onderscheiden kan worden in de beurt van de participant.

Tijdens het gesprek tussen huisarts en patiënt wordt er door de patiënt een nieuwe klacht gepresenteerd. De gesprekken die voor dit onderzoek bestudeerd worden, vinden niet alleen plaats binnen een andere setting, in het ziekenhuis en met drie deelnemers, maar ook gaat het om een ander gesprek. Namelijk het controlegesprek in plaats van een eerste consult. Een controlegesprek is een follow-up bezoek aan de arts waarin de voortgang van de ziekte en/of de behandeling ervan herzien wordt (Heritage & Clayman, 2010). Het verloop van de ziekte van het kind staat tijdens het gesprek centraal. Er wordt geen nieuwe klacht gepresenteerd. De focus van het gesprek ligt dus op het eerder vastgestelde behandelvoorstel. De structuur van het gesprek ten opzichte van de structuur van een huisarts-patiënt gesprek is daardoor anders, weinig onderzocht en daarom interessant om te bestuderen. Welke fasen komen er tijdens het controlegesprek aan bod? Door wie worden deze fasen geïnitieerd? En hoe worden deze fasen door de gespreksdeelnemers vormgegeven? De veelal onderzochte structuur van huisarts-patiënt gesprekken vormt hiervoor de basis.

Zoals gesteld laten de gespreksdeelnemers tijdens het gesprek aan elkaar zien welke rol zij aannemen. De rollen staan niet vast. Er wordt door de gespreksdeelnemers onderhandeld welke situationele identiteit of situationele rollen zij tijdens het medische consult aannemen. Naast de situationele rollen *arts* en *patiënt* zijn ook de rollen *expert* en *non-expert* te onderscheiden. De rollen brengen bepaalde rechten met zich mee (Heritage, 2005). De inbreng van de patiënt is ten opzichte van de inbreng van de arts hierdoor bijvoorbeeld vaak summier. In dit onderzoek ligt de focus binnen de rollen op de strategieën die de gespreksdeelnemers gebruiken om de rollen expert

en non-expert tijdens het gesprek relevant te maken. De strategieën die zij hiervoor gebruiken zijn vormen van illustraties. Daarmee projecteren de deelnemers hun verwachtingen over de kennis, interesses, verantwoordelijkheid en in hoeverre de participant in staat is om bepaalde informatie te begrijpen (Pomerantz & Rintel, 2004), welke nader worden toegelicht in hoofdstuk 5.

3 STRUCTUUR VAN HET MEDISCHE CONSULT

Ten opzichte van 'alledaagse' gesprekken brengt een gesprek binnen een institutionele setting naast een vaste structuur, doelen met zich mee welke zijn verbonden aan de relevante identiteiten van de gespreksdeelnemers. Het doel van de arts tijdens het medische consult is bijvoorbeeld de klachten van de patiënt zo helder mogelijk te stellen. De doelen zorgen dus dat er bepaalde acties of handelingen tijdens het gesprek door de gespreksdeelnemers moeten worden uitgevoerd. Daarnaast is er sprake van gezamenlijkheid: samen komen tot een uitkomst (Heritage, 2005). De institutionele setting bepaalt bovendien wat de toegestane bijdrage van een gespreksdeelnemer is (Heritage, 2005). Belangrijk om op te merken, is dat de identiteiten van de gespreksdeelnemers tijdens het gesprek relevant gemaakt moeten worden. De structuur van het gesprek geeft alleen inhoud aan het gesprek als de gespreksdeelnemers in het gesprek laten zien hierop georiënteerd te zijn (Robinson, 2001; Robinson, 2003).

Onlangs dat de fasering van het medische consult bekend is, zoals van oorsprong door Byrne & Long (1976) beschreven, lijkt deze in eerste instantie niet direct toepasbaar op het gesprek tussen arts, ouder en kind. Het is wel van belang om kennis te nemen van deze structuur. Verondersteld wordt dat de fasering, de terminologie en de handelingen die door de gespreksdeelnemers in de fasen worden uitgevoerd overeenkomen met de gesprekken die voor dit onderzoek bestudeerd zijn. De bestaande fasering van het medische consult vormt daarom de basis voor de fasering van het controlegesprek tussen arts, ouder en kind.

3.1 FASEN VAN HET MEDISCHE CONSULT

In een arts-patiëntgesprek zijn een aantal fasen van het gesprek te onderscheiden:

- Opening
- Klachtpresentatie
- Onderzoek
- Diagnose

- Advisering
- Afsluiting (Ten Have, 2001).

Robinson (2003) schetst de structuur van het medische consult in vier overeenkomstige fasen: het vaststellen van een nieuw medisch probleem als reden voor de afspraak, het verzamelen van aanvullende informatie, het geven van een diagnose en aanbevelingen doen ten behoeve van de behandeling.

Tijdens de eerste fase levert de patiënt materiaal aan de arts, dat hij in de tweede fase door middel van het stellen van vragen nader onderzoekt. Zowel mondeling als lichamelijk onderzoek. Vervolgens stelt de arts een diagnose en een stelt hij een eventuele behandeling voor. Hierbij is het, afhankelijk van hoe de arts de fase vormgeeft, mogelijk dat de behandeling daadwerkelijk als een voorstel wordt gedaan. Immers, wanneer het behandelvoorstel als een voorstel wordt gedaan, zal er in het kader van project-succes, het voorstel door de patiënt geaccepteerd moeten worden. De deelnemers kunnen voor de acceptatie praten over dit voorstel: hier interactioneel over onderhandelen (Mazeland, 2003). Het initiatief ligt alsnog bij de arts, maar inspraak van de patiënt is dus mogelijk. Na het behandelvoorstel wordt het gesprek afgesloten. Hierbij moet worden opgemerkt dat de fasen in de praktijk nog al eens door elkaar heen lopen. Sommige fasen kunnen worden overgeslagen en na het stellen van de diagnose kan er gerust een nieuwe klacht gepresenteerd worden. De gepresenteerde modellen zijn niet direct toepasbaar op de controlegesprekken tussen de arts, ouder en het kind welke in dit onderzoek centraal staan. De modellen zijn gericht op gesprekken tussen een huisarts en patiënt. Daarnaast zijn beide modellen toepasbaar wanneer er door de patiënt tijdens het gesprek een nieuwe klacht geïnitieerd wordt. Robinson (2003) onderscheidt de nieuwe klacht van de algemene categorieën zoals het plannen van vaccinaties of een gesprek ten behoeve van een herhaalrecept.

Als we kijken naar de structuur van het medische consult valt op het interactionele initiatief voornamelijk bij de arts ligt. De klachtpresentatie, aan het begin van het gesprek

wordt gezien als de primaire gelegenheid voor de patiënt om de klachten en problemen die hij of zij ervaart, te beschrijven. Daarmee oefent de patiënt invloed uit op de onderwerpen die tijdens het medische consult aan bod zullen komen. Aan het einde van de klachtpresentatie, wanneer de arts de anamnese introduceert, verschuift het initiatief. Vanaf dit moment tot het einde van het gesprek vervult de arts een prominente rol.

Doordat de arts tijdens de onderzoeksfase, ook wel anamnese genoemd, vragen stelt aan de patiënt om informatie te verzamelen over de gepresenteerde klacht, verliest de patiënt controle over de inhoud en de richting van het gesprek. Hij verliest interactioneel het initiatief (Heritage & Clayman, 2010). Dit is te herleiden naar de structuur van het medische consult, de acties, gelijknamig aan de fasen van het gesprek, die door de arts moeten worden volbracht om het gesprek te voltooien. In bijna alle fasen van het arts-patiënt gesprek vervult de arts een prominente rol, bijvoorbeeld wanneer de arts een diagnose stelt of een behandelvoorstel doet). Enkel tijdens de klachtpresentatie ligt het initiatief bij de patiënt.

Robinson (2001) en Ten Have (2001) houden er opvallend verschillende benamingen voor de eerste fase van het medische consult op na. Ten Have schetst de klacht-presentatie als een fase waarin de patiënt materiaal levert aan de arts zodat hij in de volgende fase hierop door kan gaan, dit verder kan onderzoeken en vragen daarover kan stellen. Robinson (2003) stelt dat er in de eerste fase moet worden vastgesteld wat het medische probleem van de patiënt is. De wijze van formulering heeft invloed op de wijze waarop de participatie tijdens het gesprek vorm krijgt. Waar de patiënt door Ten Have het initiatief heeft tijdens de klachtpresentatie, ligt het initiatief bij Robinson (2003) bij de arts.

Er kan dus gesteld worden dat de participatiemogelijkheden voor de patiënt gelimiteerd zijn. Dit is te verklaren door de institutionele setting waarin het gesprek plaatsvindt en de doelen die deze setting met zich meebrengt. Tijdens het medische consult moeten de meeste acties door de arts worden uitgevoerd. Het initiatief ligt dus voornamelijk bij de arts. Als we kijken naar de communicatie tussen de arts, ouder en kind, kan gesteld worden dat de

dynamiek verandert. Van twee (arts-patiënt) naar drie (arts-ouder-kind) personen maar ook van een volwassen patiënt naar een kind. Er wordt verondersteld dat dit een lastige situatie met zich meebrengt. Immers, er is naast de patiënt ook een ouder die naast de arts ook deelneemt aan het gesprek: de participatiemogelijkheden lijken daardoor meer beperkter te zijn ten opzichte van het arts-patiënt gesprek.

3.2 DE PATIËNT CENTRAAL

Ondanks de restricties die de structuur en de institutionele setting met zich meebrengen, kan de arts de patiënt ook de ruimte geven om, naast de klachtpresentatie, zelf een nieuw onderwerp voor het gesprek aan te dragen. De arts kan bijvoorbeeld ter afsluiting van een bepaalde fase, de gespreksdeelnemers uitnodigen om vragen, onderwerpen of aanvullende problemen of klachten te initiëren. Hiermee kan de arts de participatiemogelijkheden van de patiënt vergroten, wat interessant is in het kader van de mogelijke gelimiteerde participatiemogelijkheden van een arts-ouder-kind gesprek.

FOCUS OP PRIMAIRE KLACHT

Normaliter oriënteert de arts zich tijdens de eerste fase van het gesprek voornamelijk op de primaire klacht van de patiënt. Doordat de focus van het gesprek op de primaire klacht ligt, komen eventuele andere klachten die de patiënt ervaart, na het overgaan van de klachtpresentatie naar de onderzoeksfase, wellicht tijdens het gesprek niet meer aan bod (Robinson, 2001). Het blijkt dat artsen pas vragen naar aanvullende problemen of klachten wanneer de primaire klacht is afgehandeld en wanneer het medische consult dus richting het einde loopt. Daarbij gaat het niet alleen om aanvullende problemen of klachten, maar ook vragen van de patiënt met een verzoek om informatie.

Uit onderzoek van Heritage et al. (2007) blijkt dat veertig procent van de patiënten meer dan één onderwerp bespreekbaar wil maken tijdens het bezoek aan de arts. Gemiddeld zijn dit drie onderwerpen per bezoek. Door de vaste structuur van het medische consult, en dan met name dat de opening van de klachtpresentatie vaak gericht is op de primaire klacht, kan het voorkomen dat nieuwe en

mogelijk ernstige zaken niet of pas later in het gesprek bespreekbaar worden gemaakt (Heritage et al., 2007).

Er kan dus gesteld worden dat de klachtpresentatie het belangrijkste onderdeel is van het medische consult: het heeft invloed op de rest van het gesprek en op de gezondheid van de patiënt. Wanneer het kind tijdens het arts-ouder-kind gesprek in staat is om een zo volledig mogelijke beschrijving te geven van zijn klachten en ervaringen, ondersteunt dit het proces van de arts om tot een juiste diagnose te komen en eventueel de behandeling ten opzichte van de vorige keer aan te passen (Heritage & Clayman, 2010).

PARTICIPATIE VAN DE PATIËNT VERGROTEN

Zoals gesteld kan de arts de gespreksdeelnemers uitnodigen om een onderwerp voor het gesprek aan te dragen. Dit zorgt er niet alleen voor dat er naast de primaire klacht ook andere klachten kunnen worden besproken. Het vergroot tevens de participatiemogelijkheden van de gespreksdeelnemers. Omdat de fasen van het medische consult door de acties die eraan gekoppeld zijn vaak door de arts worden geïnitieerd, is dit voor de gespreksdeelnemers de mogelijkheid om zelf een ander onderwerp of nieuwe fase aan te dragen. Bijvoorbeeld het presenteren van een nieuwe klacht waardoor het gesprek teruggaat naar de klachtpresentatie. De arts geeft door deze vraag te stellen de leiding van het gesprek uit handen. In het corpus wordt dit door de arts onder andere op onderstaande wijze vormgegeven:

Voorbeeldfragment 3-1 (uit fragment 6 r201 t/m 203)

1. A: [naam kind] had jij nog dingen die
2. je zou willen bespreken vandaag.
3. (1,3)
4. A: of waar je het over wilde hebben.

In dit fragment vraagt de arts aan het kind of hij nog onderwerpen zou willen aandragen voor het gesprek. De arts nodigt het kind uit door de beurt te beginnen met het expliciet noemen van de naam van het kind. Daarmee initieert de arts met de beurttoewijzingstechniek huidige-spreker-kiest-volgende het kind als volgende spreker. De arts geeft tevens suggesties voor het inbrengen van eventuele onderwerpen namelijk dingen die het kind zou willen

bespreken of dingen waarover hij het *wilde hebben*. Afgezien het feit dat de gesprekken in dit onderzoek voornamelijk gericht zijn op de behandeling en op het verloop van de ziekte van het kind, en dus niet op het presenteren van een nieuwe klacht, kan er gesteld worden dat de arts met deze vraag wel de mogelijkheid geeft om eventueel een (nieuwe) klacht te initiëren.

PARTICIPATIE VAN HET KIND: EEN GOEDE START

Niet alleen het verzoek van de arts aan de gespreksdeelnemers om een onderwerp in te brengen voor het gesprek vergroot de participatiemogelijkheden van de deelnemers. De start van het gesprek blijkt het belangrijkste te zijn voor met name de participatie van het kind. Wanneer de arts het kind vanaf het begin van het gesprek tijdens de klachtpresentatie bij het gesprek betreft, blijkt het kind later in het consult ook actiever deel te nemen aan bijvoorbeeld de bespreking van het behandelvoorstel (Tates, 2009).

De vormgeving van de uiting van de arts, de openingsvraag is dus belangrijk. Deze zou expliciet aan het kind gericht moeten zijn zoals '*Dag Eva, vertel eens, waar heb je last van?*' in plaats van de vraag '*Wat kan ik voor jullie doen?*' waarin verondersteld wordt dat zowel de ouder als het kind antwoord kunnen geven, of '*vertelt u eens, waar heeft hij last van?*' waarbij het kind bij de start buiten beschouwing gelaten wordt (Tates, 2009).

Er zijn theoretische, klinische en juridische argumenten die het belang van aandacht en onderzoek naar de interactie tussen de arts, het kind en de ouder ondersteunen. Allereerst benadrukt Tates (2009) de heersende paradigma's binnen de geneeskunde betreffende patiënt-gerichtheid, autonomie en beslissingsparticipatie. Vanuit dit perspectief kan gesteld worden dat een kind ook actief moet kunnen deelnemen aan beslissingen op het terrein van zijn ziekte en gezondheid. Ook blijkt uit onderzoek dat kinderen in veel gevallen meer van medische zaken begrijpen dan vaak vooraf wordt aangenomen. Tates (2009) stelt, dat wanneer kinderen op hun eigen niveau aangesproken worden, ze in staat zijn een behoorlijke bijdrage te leveren aan het medische consult. Wanneer het kind leert deelnemen aan medische gesprekken ontwikkelt het een verantwoordelijkheidsgevoel voor zijn eigen ziekte

en gezondheid. Uit onderzoek blijkt dat wanneer er directe communicatie tussen de arts en het kind plaatsvindt, dit een positief effect heeft op het genezingsproces, therapietrouw en tevredenheid (Tates, 2009; Drew, Chatwin & Collins, 2001). Ten slotte stelt Tates (2009) dat deelname aan beslissingen op het terrein van ziekte en gezondheid tevens formeel is vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. In deze wet zijn de rechten en plichten van de arts en de patiënt vastgelegd. Echter, hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen het informatierecht van jongeren en wils-onbekwamen. Wanneer het kind jonger is dan twaalf jaar, dan wordt de wettelijke vertegenwoordiger geïnformeerd over onderzoek en behandeling (Rijksoverheid, 2013): het behandelvoorstel dient wettelijk goedgekeurd te worden door de ouder/verzorger. Wanneer het kind tussen de twaalf en zestien jaar oud is, dienen beide gespreksdeelnemers geïnformeerd te worden en wanneer de patiënt ouder is dan zestien, ligt de beslissingsbevoegdheid wettelijk gezien, uitsluitend bij het kind.

3.3 SAMENVATTING EN VRAAGSTELLING

Allereerst is er in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de structuur van het gesprek. Gesteld kan worden dat de fasering van de arts-patiëntgesprekken zoals deze in de literatuur voorkomt, niet direct aansluit op het corpus waarin controlegesprekken tussen arts, ouder en kind centraal staan. De vraag die dan ook tijdens de analyse beantwoord zal worden is welke fasen er, op basis van de geschetste modellen, in het controlegesprek tussen arts, ouder en kind onderscheiden kunnen worden, wie de fasen initieert en hoe dit interactioneel door de gespreksdeelnemers wordt vormgegeven.

De structuur van het medische consult brengt doelen met zich mee welke ervoor zorgen dat er tijdens het gesprek bepaalde acties moeten worden uitgevoerd om het gesprek te voltooien. Het initiatief van deze acties of handelingen, zoals het stellen van een diagnose of het doen van een behandelvoorstel, ligt voornamelijk bij de arts. Dit zorgt voor gelimiteerde participatiemogelijkheden van de patiënt. Verondersteld wordt dat door de toevoeging van een extra

participant, deze participatiemogelijkheden meer worden beperkt. Doordat de arts de gespreksdeelnemers de gelegenheid kan geven om zelf een nieuwe fase of onderwerp voor het gesprek aan te dragen, kan deze participatie worden vergroot. De vraag die hierbij gesteld kan worden is of een dergelijke uitnodiging binnen het corpus voorkomt, in welke fase deze uitspraak van de arts voorkomt en hoe deze vraag wordt vormgegeven. Ook de opening van het gesprek speelt binnen de participatie, met name voor het kind, een belangrijke rol. Wanneer de openingsvraag door de arts gericht wordt aan het kind, is de kans groot dat het kind in een later stadium ook participeert tijdens het gesprek. De laatste vraag die binnen dit thema dan ook behandeld zal worden is de opening van het gesprek, hoe deze door de arts wordt vormgegeven en aan wie deze gericht is.

4 MEERPARTIJENGESPREK: PARTICIPATIE

In het vorige hoofdstuk wordt duidelijk dat de participatiemogelijkheden van de patiënt tijdens het medische consult gelimiteerd zijn. Dit is te wijten aan de structuur van het gesprek die de institutionele setting waarin het gesprek plaatsvindt met zich meebrengt. Doordat er tijdens het gesprek tussen de arts, ouder en kind, ten opzichte van het huisarts-patiënt gesprek, een extra participant bij het gesprek is betrokken, wordt er verondersteld dat de participatiemogelijkheden van de gespreksdeelnemers in meerdere mate in het geding komen.

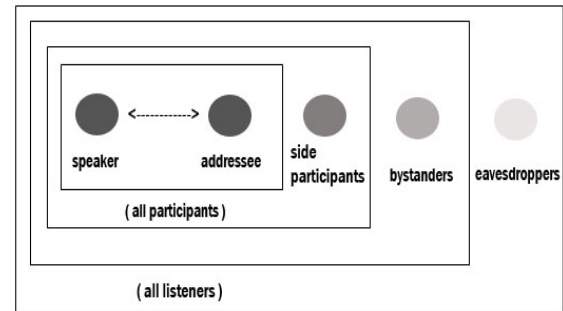
Wanneer er een gesprek met meer dan twee deelnemers gevoerd wordt, worden er geregeld hele fragmenten van het gesprek met slechts twee van de drie deelnemers gevoerd. De ander wordt dan tijdelijk uitgesloten van het beurtbeklederschap (Mazeland, 2003). In tegenstelling tot informele gesprekken zorgt de institutionele setting van het medische gesprek vaak voor een vast traject van meerdere beurten waarin is vastgelegd wie tijdens het gesprek aan de beurt zal komen (Mazeland, 2003). De arts stelt bijvoorbeeld een vraag waarna het kind antwoord geeft. Vervolgens gaat de beurt 'automatisch' terug naar de arts. Daarnaast wordt het gesprek niet met een volwassen patiënt gevoerd maar met een kind, wat de participatiemogelijkheden wellicht verder limiteert. Immers, het kind moet wel op zijn eigen niveau worden aangesproken wil de participatie succesvol zijn (Tates, 2009).

Om de participatie van de gespreksdeelnemers tijdens een arts-ouder-kind gesprek in kaart te kunnen brengen, is het van belang de rollen die hierin onderscheiden kunnen worden te benoemen. Dit wordt gedaan aan de hand van het participatieframe van Clark (1996).

4.1 PARTICIPATIEFRAME

Om de rollen en dimensies van gespreksdeelnemers in een algemene setting in kaart te brengen heeft Goffman (1981) een participatieframe ontwikkeld. Clark (1996) heeft dit frame verder uitgebreid: het laat nu de maximale vorm van het aantal soorten participanten zien.

Voor een gesprek is de basis: speaker en addressee, noodzakelijk. Tijdens het medische consult vervullen de arts, ouder en kind de rollen van de speaker, addressee en side participant welke in deze paragraaf uiteengezet worden.



Figuur 1 Participation frame (Clark, 1996:14).

De *speaker* en de *addressee*, ofwel de spreker en de ontvanger, vormen de basis van het gesprek. Zij staan, zoals in het frame is vormgegeven, in het gesprek centraal. Het kan zijn dat er meer dan twee mensen deze rollen tijdens het gesprek vervullen: er kunnen meerdere mensen luisteren terwijl er slechts één persoon de rol van spreker vervult (Bubel, 2008). Zo kan de arts zijn uitingen richten aan het kind, aan de ouder maar kan hij ook spreken met beide gespreksdeelnemers tegelijk. Doordat de interactionele handelingen die uitgevoerd moeten worden tijdens het medische consult betrekking hebben op de participatie van de gespreksdeelnemers, kan gesteld worden dat de arts tijdens het medische consult voornamelijk de rol van spreker aanneemt.

Naast de spreker en de ontvanger is ook de side participant tijdens het gesprek tussen de arts, ouder en kind aanwezig. Deze deelnemer is zichtbaar voor de andere deelnemers waardoor hij in het gesprek kan worden betrokken. Dat kan op twee manieren: doordat hij zichzelf selecteert of doordat de een spreker de side participant als volgende spreker

selecteert (Mazeland, 2003). Wanneer dit fenomeen zich voordoet, veranderen de rollen en verandert het participatiefraam: wanneer de side participant een bijdrage levert aan het gesprek, wordt deze spreker en wordt de spreker ontvanger of side participant. Een gesprek zorgt dus continu voor wisselwerking tussen de participanten.

De participatie, de wisseling in het participatiefraam tussen de gespreksdeelnemers, wordt geïllustreerd aan de hand van het volgende voorbeeld. Wanneer de arts en het kind praten over de medicijnen, stelt de arts in het begin van het fragment een vraag over de frequentie van het gebruik medicijngebruik.

Voorbeeld 4-1 (uit fragment 1 r224 t/m 229)

1. A: .hH is dit niet zo dat je deze elke
2. dag gebruikt.
3. K: nee.
4. (0,4)
5. A: °oke°
6. (0,5)
7. M: voor de vakantie wel.

In het begin van het fragment richt de arts zijn uiting op het kind: de ontvanger. Het fraam wisselt in de tweede regel wanneer het kind antwoord geeft op de vraag. Het kind wordt spreker, de arts de ontvanger. De arts reageert op het antwoord van het kind in regel vier, waardoor het participatiefraam weer omdraait. Tot en met regel vijf vervult de moeder de rol van side participant: zij is wel aanwezig bij het gesprek, maar is niet direct betrokken bij het gesprek tussen de arts en het kind. In regel zes selecteert ze zichzelf als volgende spreker. De uitspraak is gericht op de arts waarmee gesteld kan worden dat de arts de ontvanger is en het kind tijdelijk de rol van side participant toegewezen krijgt.

4.2 ARTS-OUDER-KIND GESPREK

Wanneer de ouder tijdens het consult waarin de arts met het kind in gesprek is, inbreekt in het gesprek kan dit de participatie van het kind tegenwerken (Tates, 2001). Met name in het eerste gedeelte van het medische consult kan dit het geval zijn.

Terwijl de arts bijvoorbeeld streeft naar actieve participatie van het kind, kan de ouder zich vanaf het begin als woordvoerder van het kind opstellen.

Daardoor kan het participatiefraam in de loop van het gesprek definitief verschuiven naar de situatie waar de arts voornamelijk de rol van de spreker op zich neemt en de ouder de ontvanger. Het kind neemt in dat geval tijdens het medische consult over zijn gezondheid de rol aan van side participant en stelt zich afwachtend op. Het gevolg is dus een dyadische interactie met de ouder in plaats van met het kind waar de arts in het begin van het consult juist naar streefde.

Voorbeeldfragment 4-2 (Tates et al., 2002¹)

1. GP→C: Hello Rose, tell me what's up ((looks at Rose))
- 2.
3. C→P: (.)
4. P→GP: well (.), Rose hasn't been
5. feeling well for quite a
6. long time
7. GP→C: oh ((is looking at Rose))
8. P→GP: she has a sore throat
9. C→GP I have a sharp PAIN over
10. here ((points to somewhere
11. on her head))
12. P→GP: yes (.) and last week
13. C→P: last WEEK?
14. P→C: Let MUM have her say!
15. GP→P: ((folds arms and smiles,
16. looks at mother))
17. P→GP: ((continues with global
18. problem definition))
19. GP→P: And how long has it been
20. like that?
21. P→GP: those pains in her head,
22. about two weeks
23. GP→P: and has she had any high
24. temperatures?
25. P→GP: ((goes on the formulate the
26. specific problem
27. definition))
28. GP→P: has she got a cough as well?

De resultaten en observaties uit het onderzoek van Tates (2001, 2002¹, 2002²) worden geïllustreerd in het bovenstaande voorbeeldfragment. Het laat zien dat de arts zich in eerste instantie richt op het kind, waarna de moeder ver-

volgens als woordvoerder optreedt. De arts richt zich in eerste instantie op het kind: de arts vervult de rol van spreker, het kind van ontvanger. Het participatiedrame wisselt wanneer de moeder zichzelf selecteert. De arts probeert in regel zeven door het kind aan te kijken het gesprek tussen beide te stimuleren maar in regel veertien neemt de moeder het definitief over. In regel drieëntwintig laat de arts zien dat hij de rolverdeling, de definitieve wisseling van het participatiedrame, geaccepteerd heeft. Dit is te verklaren door zijn woordkeuze: hij praat over het kind in derde persoon (and has *she* had any high temperatures?).

4.3 SAMENVATTING EN VRAAGSTELLING

De structuur en de doelen van het medische gesprek, beïnvloeden de participatie van de gespreksdeelnemers. Vanuit het perspectief van de participatie wordt verwacht dat, omdat het gesprek met drie deelnemers wordt gevoerd, er gehele fragmenten binnen het gesprek zich met twee deelnemers zullen afspelen: de spreker en de ontvanger (Mazeland, 2003). De derde persoon neemt dan, min of meer automatisch, de rol van side participant op zich (Clark, 1996). Tevens wordt het gesprek niet gevoerd met een volwassen patiënt maar met een kind. De participatie kan dan alleen succesvol zijn als het kind op zijn eigen niveau wordt aangesproken. De vragen die binnen dit thema dan ook beantwoord zullen worden is hoe het participatiedrame vorm krijgt binnen het arts-ouder-kind gesprek: wie vervult in welke fase welke rol?

Daarnaast is in dit hoofdstuk gesteld dat de side participant op twee manieren in het gesprek kan worden betrokken namelijk doordat de huidige spreker de beurt naar de side participant overdraagt of doordat hij of zij zichzelf selecteert. Ook deze twee strategieën zullen worden bestudeerd tijdens de analyse van de participatie. Tevens wordt er met dit onderzoek antwoord gegeven op de vraag hoe er door de gespreksdeelnemers op de zelfselectie van de side participant gereageerd wordt.

5 EXPERT EN NON-EXPERT: ILLUSTRATIETECHNIKEN

In het eerste hoofdstuk van dit theoretisch kader wordt gesteld dat de relatie tussen de arts en patiënt als asym-metrisch kan worden beschouwd (Ten Have, 2005). De structuur van het gesprek verlangt van de gespreks-deelnemers, en dan met name de arts, handelingen en acties om het gesprek te kunnen voltooien. De participatie-mogelijkheden van de gespreksdeelnemers worden door de structuur en de doelen die daaraan verbonden zijn, gelimiteerd. Omdat de structuur van het medische consult op deze manier door de gespreksdeelnemers relevant wordt gemaakt, kan de relatie gezien worden als asym-metrisch (Robinson, 2001).

5.1 EXPERT, NON-EXPERT: EEN ASYMMETRISCHE RELATIE

Aan de asymmetrische relatie kan nog een extra dimensie worden toegevoegd. Namelijk, de situationele rollen van expert en non-expert. De eerste gedachte is dat de arts de rol van expert vervult: hij heeft de medische kennis en is daarmee expert ten opzichte van de ouder en het kind die deze medische kennis niet bezitten. Wanneer de arts de rol van expert op zich neemt, vervult de patiënt daarmee automatisch de rol van non-expert (Gulich, 2003). Doordat de arts kennis heeft van medische zaken en omdat hij de interactionele handelingen naar aanleiding van de structuur van het medische consult uitvoert, leidt hij het gesprek. Door de verdeling van de rollen zoals die van expert en non-expert, vindt er vaak asymmetrie binnen het gesprek plaats. Daar kan, in het geval van een medisch consult tussen een arts, kind en ouder een extra asymmetrie aan worden toegevoegd. Het kind kan zich naast de asymmetrie met de arts, ook nog ten opzichte van de ouder een ongelijkwaardige gesprekspartner voelen (Tates, 2001).

Deze rolverdeling kan volgens Gulich (2003) ook anders worden benaderd. Zij stelt dat niet alleen de arts in het gesprek de rol van expert kan vervullen, maar ook het kind, de patiënt, kan deze rol op zich nemen.

Het kind is immers ervaringsdeskundige van zijn eigen gevoelens, lichaam en ziekte. De arts kent deze beleving niet en vraagt de patiënt om de gezondheidsstatus in beeld te brengen (Westra, 2011).

De arts is tijdens het gesprek geen expert omdat hij bepaalde competenties heeft, maar omdat hij dit interactioneel relevant maakt door bijvoorbeeld jargon te gebruiken. Wanneer de arts zich presenteert als expert kunnen de ouder en het kind dit accepteren. Tevens kan de expertise van de arts ook interactioneel geaccentueerd worden door de ouder en het kind. Zij kunnen de arts ook beschouwen als expert (Gulich, 2003). Bijvoorbeeld wanneer de ouder tijdens het medische consult aan de arts vraagt of de medicijnen die haar zoon gebruikt nog wel nuttig zijn, aangezien haar zoon geen verschil ervaart tussen het wel of niet gebruiken ervan. Zij geeft aan door de vraag te stellen aan de arts, het antwoord zelf niet te weten. De moeder maakt in dit kader de rol van non-expert interactioneel relevant, waardoor de arts de rol van expert aanneemt. Gesteld kan worden dat de rolverdeling van expert en non-expert dus niet vaststaat tijdens het gesprek, het is geen statische constructie: er wordt door de gespreksdeelnemers over de rollen onderhandeld. Expertise wordt relevant in de context omdat het relevant is voor de situatie.

De specifieke context en de recipiënt zijn verbonden aan de wijze waarop expertise in het gesprek relevant wordt gemaakt. De mate waarin de context de gespreksdeelnemers beïnvloedt, speelt een belangrijke rol bij het uiten van expertise. Tijdens het gesprek oriënteren de gespreksdeelnemers zich op elkaar.

Het gebruiken van expertise, het uiten van bijvoorbeeld jargon door de arts, heeft twee kanten. Aan de ene kant laat het zien op welke wijze de arts zich tegenover de ouder en het kind presenteert.

Daarnaast laat hij zien hoe hij de gespreksdeelnemers inschat op het gebied van kennis, verwachtingen, interesse en verantwoordelijkheid van de gesprekspartner (Pomerantz & Rintel, 2004). Ofwel: *recipient design* (Sacks et al., 1994).

In het gesprek komt dit onder andere tot uiting in de woordkeuze, onderwerpselectie en de structuur van de sequenties en het gehele gesprek (Sacks et al, 1974). Recipient design gaat samen met de notie *context sensitive*, de mate waarin de context de gespreksdeelnemer beïnvloedt. Wanneer de arts spreekt met een kind zal hij bijvoorbeeld de woordkeuze versimpelen, en de structuur van de sequenties aanpassen aan het niveau van het kind.

5.2 STRATEGIE VAN DE EXPERT: ILLUSTRATIE

Gulich (2003) onderscheidt vier vormen van illustratietechnieken binnen de medische interactie, die bijvoorbeeld de arts kan gebruiken om medische termen op een begrijpelijke wijze aan de ouder en het kind toe te lichten. Te noemen: het voorbeeld, een scenario, een concretisering en een metafoor. Met een voorbeeld en een scenario kan de spreker complexe medische concepten vertalen naar alledaagse ervaringen. Daarnaast is het gebruik van een scenario geschikt om een mogelijke, denkbeeldige situatie of complexe gebeurtenis uit te leggen (Brünner, 1987). Door te concretiseren, een vorm van herformulering, verduidelijkt de spreker een gegeven dat door de gespreksdeelnemer eerder in het gesprek is gebracht. De metafoor, ook wel beeldspraak genoemd, geeft de spreker de mogelijkheid om complexe concepten te vertalen naar alledaagse ervaringen (Ciapuscio, 2003).

De essentie van het gebruik van een metafoor om de communicatie tussen expert en leek te versimpelen, is het begrijpen en beleven van het ene in termen van het andere. Gülich (2003) onderscheidt twee vormen van het gebruik van de metafoor binnen de medische interactie. Ten eerste kan een arts bijvoorbeeld de vergelijking maken tussen het hart en de motor van een auto. Wanneer de motor van de auto niet naar behoren werkt, start de auto niet goed, rijdt hij niet fijn of verbruikt hij bijvoorbeeld veel brandstof.

De vorm wordt hierbij aangepast aan het ziektebeeld en kan worden gebruikt om een ingreep of een ziektebeeld te beschrijven. De andere vorm van het gebruik van een metafoor is de personificatie van het lichaam of de lichaamsdelen. Neem bijvoorbeeld het hart. Dat 'houdt' van activiteiten, kan 'in de problemen raken', 'vechten' en 'moe worden', net als een mens. Het gebruik van een metafoor zou binnen de kaders van de medische interactie het meeste voorkomen. In dagelijkse gesprekken zouden andere methoden geprefereerd worden zoals het voorbeeld, het gebruik van scenario's en simpele concretisering (Gulich, 2003).

Hoewel Gülich (2003) stelt dat het gebruik van technische termen (zoals jargon) de communicatie tussen arts en patiënt niet ten goede komt, stelt ze tegelijkertijd dat het gebruik van medische termen onmisbaar is. Het zorgt ervoor dat de patiënt zich vertrouwd kan maken met de informatie en zich kan identificeren met de informatie wanneer deze in een nieuwe context voorkomt. Daarnaast zijn medische kennis en het gebruik van jargon volgens Gülich (2003) essentiële ingrediënten van de rol van deskundige.

5.3 SAMENVATTING EN VRAAGSTELLING

Aan de asymmetrische relatie tussen arts en patiënt die gevormd wordt door de institutionele setting waarin het gesprek plaatsvindt, wordt in dit hoofdstuk een extra dimensie toegevoegd: expert en non-expert. Deze rollen staan niet vast maar worden door de gespreksdeelnemers op diverse wijzen vormgegeven en relevant gemaakt tijdens het medische consult. Gesteld wordt dat de patiënt en de arts de rol van expert op zich kunnen nemen. Wanneer de gespreksdeelnemer zich als expert presenteert, laat dat niet alleen zien hoe de deelnemer zich tegenover de andere gespreksdeelnemers opstelt, maar ook hoe hij de andere gespreksdeelnemers inschat (Pomerantz & Rintel, 2004; Sacks, 1974). In het kader van het arts-ouder-kind gesprek wordt daarom met dit onderzoek antwoord gegeven op de vraag of de ouder deze rol ook op zich neemt, en zo ja, hoe de ouder dit vormgeeft en welke functie hieraan verbonden kan worden.

Gülich (2003) onderscheidt vier illustratievormen die de expert kan gebruiken om bijvoorbeeld medische termen begrijpelijk te maken. De vragen die binnen dit thema dan ook centraal zullen staan zijn allereerst of de gespreksdeelnemers tijdens het arts-ouder-kind gesprek gebruikmaken van illustraties en in de tweede plaats in welke fase zij dit doen en welke functies er daarin onderscheiden kunnen worden.

6 METHODE

Om inzicht te krijgen in de aspecten die een arts-ouder-kind gesprek karakteriseren, is er vanuit een conversatie-analytisch perspectief naar dit fenomeen gekeken. In dit hoofdstuk zal de gebruikte onderzoeksmethode en het onderzochte materiaal geëxpliciteerd worden. Eerst zal de onderzoeksmethode conversatieanalyse worden besproken. Vervolgens zal er ingegaan worden op het corpus. Tevens zal er aandacht besteed worden aan de patiënt en het ziektebeeld. Dit hoofdstuk sluit af met de werkwijze waarop het materiaal voor dit onderzoek geanalyseerd is.

6.1 CONVERSATIEANALYSE

Conversatieanalyse is een onderzoeksrichting op het gebied van interactieanalyse. De principes van gespreksorganisatie waarmee de deelnemers een gesprek betekenis geven aan wat ze zeggen en doen staat binnen de conversatieanalyse centraal (Mazeland, 2003). Er wordt hierbij niet gekeken naar de redenen en motieven van gespreksdeelnemers, waarom zij een bepaalde uiting doen, maar naar welke methoden zij tijdens het gesprek gebruiken en hoe de gespreksdeelnemers samen structuur aan het gesprek geven (Blazís, 2005). De conversatieanalyse doet onderzoek naar interactionele handelingen, ofwel conversationele-, interactieve- of gesprekshandelingen genoemd. De gespreksdeelnemers worden binnen de conversatieanalyse gezien als mensen die interactioneel handelingen uitvoeren door middel van hun uitingen en gebaren (Houtkoop en Koole, 2000).

Het voornaamste doel van onderzoek binnen de conversatieanalyse, is het beschrijven van de handelswijze waarmee gespreksdeelnemers hun interacties op geordende wijze begrijpelijk maken (Mazeland, 2003). Tijdens het onderzoek vraagt de onderzoeker zich steeds af waarom de gespreksdeelnemers de handelingen verrichten zoals zij dat laten zien in het gesprek (Blazís, 2005): *'why that now'* (Drew, Chatwin & Collins, 2001): waarom de gespreks

deelnemers bepaalde dingen op een bepaald moment uitvoeren (Ten Have, 2001). Het onderzoek richt zich op de verbale communicatie die gespreksdeelnemers gebruiken om met elkaar te communiceren. Allereerst richt het onderzoek zich op sociale acties. Conversatieanalyse bundelt alle uitingen binnen een gesprek in sequenties op basis van acties: wat de spreker zegt en doet is gerelateerd aan wat de gesprekspartner vooraf heeft gezegd en gedaan. De uitkomst van het onderzoek is het begrijpen van de sociale handelingen en het herkennen van deze acties. Ook wordt er onderzocht waar in het gesprek de uitingen gelokaliseerd zijn en hoe de uitingen door de gespreksdeelnemers worden vormgegeven in de interactie (Drew, Chatwin & Collins, 2001). Het onderzoek is data gestuurd en kwalitatief van aard, wat inhoudt dat op basis van waarnemingen in het corpus wordt gezocht naar patronen: patroon analyse.

In dit onderzoek is getracht een combinatie te maken van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Er is aandacht besteed aan de frequentie waarin patronen voorkwamen maar ook aan de vormgeving en de uitwerking ervan. Deze onderzoeksmethode maakt het mogelijk aspecten die het gesprek karakteriseren in kaart te brengen en kan zorgen voor bewustwording en nieuwe inzichten bij de arts en in de medische interactie (Drew, Chatwin & Collins, 2001).

Binnen de conversatieanalyse zijn er twee vormen van kwalitatief onderzoek te onderscheiden. Met een single-case studie wordt er onderzoek gedaan aan de hand van één fragment. Met een collectiestudie wordt er een aspect van de interactie van gespreksdeelnemers onderzocht binnen een verzameling van fragmenten waarin het te onderzoeken verschijnsel voorkomt (Mazeland, 2003). Voor dit onderzoek is er gekozen om een collectiestudie uit te voeren. Er zijn zes gesprekken tussen arts, ouder en kind voor dit onderzoek bestudeerd. Daarbinnen is, zoals in het theoretisch kader is besproken, gekeken naar drie aspecten die het arts-ouder-kind gesprek karakteriseren.

Ten opzichte van een single case studie is de kijk in een collectiestudie veel gericht, de onderzoeker richt zich bij de analyse op die facetten die relevant lijken voor de beschrijving van het onderzochte verschijnsel (Mazeland, 2003).

Hoewel er voor dit onderzoek zes gesprekken zijn bestudeerd, en dit als collectiestudie kan worden beschouwd, moet worden opgemerkt dat de vorm van dit onderzoek gedeeltelijk overlap vertoont met een single-case studie. Omdat dit onderzoek is ontstaan vanuit de vraag van de kinderarts, en om de arts hierin zo volledig mogelijk in te nemen bij dezelfde kinderarts. Het handelen van de arts, de strategieën van de professional, spelen tijdens het medische consult immers een belangrijke rol in de vraag om inzicht te krijgen in de communicatie tussen de kinderarts, zijn patiënt en hun ouders. Er is dus binnen de gesprekken niet gevarieerd met verschillende artsen, wat overlap vertoont met een single case, maar wel met verschillende ouders en kinderen, waardoor het als collectiestudie gezien kan worden.

6.2 HET CORPUS

In samenwerking met Jan Pols (Studentenbureau UMCG) en kinderarts Tjalling de Vries is er een corpus samengesteld van zes controlegesprekken. Hier is bewust voor gekozen omdat, in tegenstelling tot het eerste consult, controlegesprekken goed met elkaar te vergelijken zijn. Deze gesprekken zijn met een videocamera opgenomen in de maanden augustus en september 2012. Voorafgaand aan de gesprekken zijn de deelnemers door de kinderarts gevraagd of zij mee wilden doen aan het onderzoek en of zij er bezwaar tegen hadden dat het gesprek zou worden opgenomen op video. Wanneer de patiënt met zijn of haar ouder in het ziekenhuis was, tekende zowel de het kind als de ouder een toestemmingsformulier, waarvan een voorbeeld te vinden is in de bijlage.

In samenwerking met Jan Pols en kinderarts Tjalling de Vries is er vervolgens een corpus samengesteld van zes controlegesprekken.

Hier is bewust voor gekozen omdat, in tegenstelling tot het eerste consult, controlegesprekken goed met elkaar te vergelijken zijn. Deze gesprekken zijn met een videocamera opgenomen in de maanden augustus en september 2012. Voorafgaand aan de gesprekken zijn de deelnemers door de kinderarts gevraagd of zij mee wilden doen aan het onderzoek en of zij er bezwaar tegen hadden dat het gesprek zou worden opgenomen op video. Wanneer de patiënt met zijn of haar ouder in het ziekenhuis was, tekende zowel de het kind als de ouder een toestemmingsformulier, waarvan een voorbeeld te vinden is in de bijlage.

De zes gesprekken zijn na de opname zorgvuldig en gedetailleerd uitgewerkt tot transcripten aan de hand van de conventies uit de conversatieanalyse ontwikkeld door Gail Jefferson, beschreven door Mazeland (2003). Drie van deze gesprekken zijn uitbesteed aan studenten die het vak "conversatieanalyse: medische interactie" tijdens hun masterfase van de opleiding Communicatie- en Informatiewetenschappen volgden. De andere drie gesprekken zijn door mijzelf uitgewerkt tot transcript. Tevens heb ik de transcripten van de groep studenten doorgenomen, verbeterd en aangevuld. De transcriptieconventies zijn aan dit verslag toegevoegd in de bijlage. De transcripten zijn in verband met privacy van de gespreksdeelnemers volledig geanonimiseerd. Aan de hand van de transcripten is eerst literatuur bestudeerd. Vervolgens is op basis van de literatuur per onderwerp een analyse uitgevoerd. In totaal heeft dit proces zich twee keer herhaald.

6.2.1 DE PATIËNT

De leeftijd van de kinderen werd voorafgaand aan de opnamen vastgesteld op tussen de zeven en de twaalf jaar oud zodat de kans groot zou zijn dat de kinderen daadwerkelijk zouden kunnen participeren tijdens het medische consult. De kinderen die aan het onderzoek meededen, waren op het moment van opname tussen de zeven en tien jaar oud, waarbij twee kinderen zeven, twee kinderen negen en twee kinderen tien jaar waren.

Alle kinderen die meededen aan het onderzoek hebben astma. De belangrijkste kenmerken van de gesprekken zijn vormgegeven in de onderstaande tabel.

Fragment	1	2	3	4	5	6
Deelnemers	Arts Moeder Zoon	Arts Moeder Zoon	Arts Moeder Zoon	Arts Moeder Dochter	Arts Vader Dochter	Arts Moeder Zoon
Leeftijd kind	10 jaar	9 jaar	9 jaar	7 jaar	10 jaar	7 jaar
Gespreksduur	13.59 min.	16.48 min.	13.09 min.	15.25 min.	18.10 min.	13.06 min.
Nummer in reeks controlegesprekken	Onbekend	3	7	5	2	

Tabel 1 Kenmerken corpus.

Astmapatiënten ervaren in de zomer vaak minder klachten dan in het najaar. Er waren in verhouding weinig controle-gesprekken met astmapatiënten in de zomer en niet alle kinderen voldeden aan de leeftijdsriteria. Daarom zijn de gesprekken verspreid binnen eind augustus en begin september opgenomen. Een combinatie van de tijd die transcriberen in beslag neemt samen met het doel om een volledig beeld te schetsen van het arts-ouder-kind gesprek, heeft geleid tot zes gesprekken.

In de volgende subparagraaf zal het ziektebeeld uiteen worden gezet. Deze informatie is gebruikt voorafgaand aan de meeloopdag. Uit ervaring blijkt dat de informatie niet alleen dient als achtergrondinformatie. Het helpt ook de gesprekken, de gespreksonderwerpen, de vragen die de arts stelt en de klachten die het kind beschrijft, beter te begrijpen.

6.2.2 ZIEKTEBEELD: ASTMA

Astma is de meest voorkomende, chronische ziekte bij kinderen. Het Astma Fonds stelde in 2010 vast dat ongeveer 115.000 kinderen astma hebben. Van alle kinderen in Nederland tot en met veertien jaar is dit 4,5%. Onder jongens komt astma bijna anderhalf keer zoveel voor als onder meisjes (Astma Fonds, 2010²). Astma is een erfelijke ziekte: “heeft één van je ouders astma of een allergie, dan is de kans 50% dat je er ook aanleg voor hebt (Astma Fonds, 2010¹)”

Astma kenmerkt zich in het lichaam door een chronische ontstekingsreactie van de luchtslijmvliezen: een chronische ontsteking van de longen. Hierdoor zijn de slijmvliezen erg gevoelig en reageren zij heviger dan normaal op prikkels uit de omgeving (Brand & Rottier, 2002). Symptomen van

astma bestaan uit benauwd worden, ‘piepen’, moeilijk ademen en hoesten (Astma Fonds, 2010¹).

Meestal wordt de benauwdheid veroorzaakt door specifieke (allergische) en aspecifieke (niet-allergische) prikkels. Voorbeelden van specifieke prikkels zijn bepaalde bloemen, planten, dieren en huisstof. Aspecifieke prikkels die klachten kunnen uitlokken zijn kou, vocht, weersomstandigheden, inspanning, rook, scherpe geuren en smog (Brand & Rottier, 2002). De meeste patiënten ervaren de klachten met name ‘s ochtends en ‘s nachts. De medicatie die astmapatiënten gebruiken, en welke in de gesprekken naar voren komen, zijn Ventolin (de ‘blauwe’) een luchtwegverwijder, Flixotide (de ‘oranje’), een luchtwegbeschermer en Seretide (de ‘paarse’) een luchtwegverwijder en luchtwegbeschermer in een.

ASTMA-AANVAL

Tijdens een astma-aanval gebeuren er twee dingen waardoor de hierboven beschreven symptomen optreden. Ten eerste trekken de spieren rondom de luchtpijp en bronchiën zich samen, waardoor de doorgang voor de lucht nauwer wordt. Daarnaast zwellen aan de binnenkant van de neus, keel en luchtpijp de slijmvliezen op. Er wordt meer slijm geproduceerd waardoor de doorgang voor lucht nog nauwer wordt (Astma Fonds, 2010¹). Astma-aanvallen komen in periodes vaker of minder vaak, kort- of langdurig voor. Er worden door astmapatiënten ook periodes ondervonden zonder klachten. De longen blijven daarentegen altijd een beetje ontstoken, vandaar dat astma als een chronische ziekte wordt beschouwd.

PROGNOSE

De vraag rijst hoe chronisch astma is. De prognose van astma bij kinderen is dat bij ongeveer de helft van de kinde-

ren tijdens of na de pubertijd, de onderhoudsmedicatie wordt gestaakt en de patiënt vervolgens klachtenvrij blijft. Daarentegen is er ook een groep kinderen die op latere leeftijd opnieuw klachten krijgt van astma of een andere longziekte zoals COPD. Met name de kinderen met ernstige astma, een uitgesproken allergie of afwijkende longfunctie zijn hierin een risicogroep (Brand & Rottier, 2002)

6.2.3 HET POLIBEZOEK

Naast het beschrijven van het ziektebeeld van het kind, dat als context dient voor het gesprek, kan het voor het begrijpen van de gesprekken en voor het schetsen van de context van belang zijn te weten hoe een polibezoek voor het kind eruit ziet. In deze subparagraaf zal, aan de hand van de meeloopdag, het bezoek aan het polispreekuur beschreven worden.

VOORBEREIDING

Voorafgaand aan de gesprekken met de kinderarts worden de kinderen bij binnenkomst door een verpleegkundige gewogen en gemeten. Met de astmapatiënten wordt daarnaast een longfunctietest gedaan en een zogenaamd 'astma scoreformulier' ingevuld. Daarop kunnen de kinderen hun eigen gezondheid beoordelen. De totale score geeft de kinderarts inzicht in de gezondheid zoals het kind dit zelf ervaart.

HET POLIGESPREK

Voor de kinderarts is er voorafgaand aan het gesprek tijd om het dossier van de patiënt te bekijken. Voor de patiënten die voor controle komen is een kwartier de tijd, voor patiënten die voor de eerste keer komen een half uur. In elk gesprek wordt lichamelijk onderzoek verricht. Dit bestaat uit het luisteren van de longen en eventueel het hart en het bekijken van de neus en oren. Uiteraard afhankelijk van de klachten van het kind.

Afhankelijk van wat is afgesproken tijdens het gesprek, kunnen het kind en de ouder na het gesprek terecht bij de kinderlongverpleegkundige. Tijdens een gesprek met deze verpleegkundige krijgen de ouder en het kind meer informatie over de ziekte en over het gebruik van medicijnen. De controlegesprekken voor kinderen met astma vinden in principe elk halfjaar plaats, tenzij er uit het gesprek redenen

naar voren komen om het volgende controlegesprek eerder te laten plaatsvinden.

DE ADMINISTRATIE

Na afloop van het poligesprek voert de arts een aantal administratieve handelingen uit. De arts dicteert bijvoorbeeld na afloop van het gesprek een brief aan de huisarts en/of de kinderlongverpleegkundige waarin hij noemt wat er tijdens het gesprek besproken is en wat de vervolgstappen zijn die er gemaakt worden. Denk hierbij aan het aanpassen van medicatie en het afnemen van bijvoorbeeld een allergietest. De gedicteerde brief wordt uitgetypt en verzonden door de secretaresse, waarna zij het dossier bijwerkt.

6.3 WERKWIJZE

Voorafgaande aan het onderzoek heb ik ter oriëntatie op het onderzoeksonderwerp een dagdeel met de kinderarts meegelopen. De dag begon 's ochtends met de overdracht en sloot af met een overlegmoment tijdens de grote visite, waarbij het afdelingshoofd samen met de zaalarts, verpleegkundigen en coassistenten een ronde maakt over de afdeling. Tijdens het meelopen lag de focus op de poligesprekken. Ik haalde samen met de arts de patiënt en zijn of haar ouder uit de wachtkamer op, zat er tijdens het gesprek bij en maakte tussen de gesprekken door, wanneer de arts zich voorbereidde op het volgende gesprek, aantekeningen. De werkwijze gaf een goede indruk van de context waarin het gesprek plaatsvindt, de logistiek van de dag zoals in de vorige paragraaf beschreven is, maar ook over het gesprek, de wijze waarop het is ingedeeld en hoe de kinderen tijdens het medische consult participeren. De dag is vervolgens besproken en samen met de onderwerpen die uit het oriënterende single case onderzoek kwamen, samengebundeld in dit onderzoek. Vervolgens is het onderzoek, de analyse zoals hieronder beschreven, uitgevoerd. Toen het onderzoek en de rapportage daarvan was afgerond heeft er een evaluatiegesprek plaats gevonden waarin er ruimte was om de scriptie en het proces te bespreken.

6.3.1 ANALYSE

Het doel van conversatieanalyse en kwalitatief onderzoek, is om een patroon te vinden in de data. Het corpus is hierin

leidend geweest: de thema's zijn gekozen aan de hand van de bevindingen in het corpus. Vervolgens is hier de nodige literatuur over gelezen en is vervolgens de analyse binnen dit thema uitgevoerd. Doordat het onderzoek is opgedeeld in drie thema's werd het materiaal steeds vanuit een andere invalshoek bestudeerd.

In het materiaal is gekeken naar de wijze waarop gespreksdeelnemers bepaalde handelingen interactioneel vormgeven. De wijze van analyseren van twee onderwerpen, illustratie en participatie, lijkt qua methode het meeste op elkaar. Het onderzoeksthema structuur werd in de basis hetzelfde uitgevoerd maar verschilt van de andere twee aangezien de grote lijnen van het gesprek meer centraal stonden.

Per onderwerp zijn alle fragmenten die binnen een thema vielen verzameld in drie sub-corpora, de drie thema's structuur van het gesprek, participatie en illustratie. Zo werden alle momenten waarop de ouder zichzelf tijdens de eerste fase van het medische consult selecteert en alle vormen van illustraties door de gespreksdeelnemers verzameld. Vervolgens zijn deze fragmenten nader bestudeerd, gekarakteriseerd en gecodeerd naar aanleiding van de onderzoeksvragen die binnen elk thema gesteld werden. Zoals de functie van de uiting, de fase waarin het fragment voorkwam of aan wie de uiting gericht werd. De datasessie leverde een aantal categorieën en patronen op. Vervolgens werden de fragmenten met een bepaalde categorie, met elkaar vergeleken en werd er binnen de categorie ingegaan op de vormgeving van een bepaalde uiting. Aan de hand van de fragmenten binnen de sub-corpora, konden de deelvragen per thema worden beantwoord, werd het fenomeen beschreven en aan de hand van voorbeelden nader toegelicht.

Voor het thema 'de structuur van het gesprek' werd het gehele gesprek bestudeerd. Per gesprek werd gekeken naar de verschillende fasen: waarin het gesprek deze begonnen en ophielden. Hoe deze fasen werden vormgegeven, door wie ze werden geïnitieerd en wat de karakteristieke kenmerken van elke fase zijn. Alle gecodeerde fasen konden vervolgens per gesprek met elkaar vergeleken worden waardoor er een patroon ontstond.

De analyse is door deze methode kwalitatief, beschrijvend, maar ook kwantitatief. Er is niet alleen getracht aan te geven dat een bepaald fenomeen vaak voorkwam in het corpus. Er is ook aangegeven hoe vaak dit voorkwam en hoe vaak dit voorkwam in vergelijking met de andere fragmenten.

7 STRUCTUUR VAN HET GESPREK

In het theoretisch kader zijn twee modellen met betrekking tot de structuur van een medisch consult tussen een huisarts en patiënt gepresenteerd. De structuur wordt onderscheiden in zes fasen: de opening, de klachtpresentatie, onderzoek, diagnose, advisering en afsluiting (ten Have, 2001). Zoals gesteld zijn deze modellen niet direct toepasbaar op de gesprekken die voor dit onderzoek centraal staan. Allereerst zijn de modellen representatief voor gesprekken tussen huisarts en patiënt, terwijl de gesprekken die binnen het onderzoek centraal staan, gevoerd worden door een arts, ouder en kind. Er wordt naast de toevoeging van een extra participant ook een kind toegevoegd aan de setting van het gesprek. Het is daarom interessant om te onderzoeken of deze setting, waarin drie participanten deelnemen aan het medische gesprek, invloed heeft op de structuur die door de gespreksdeelnemers tijdens het consult relevant wordt gemaakt.

Daarnaast zijn de gepresenteerde modellen representatief voor patiënten die een nieuwe klacht presenteren.

Gesprekken tussen artsen en patiënten die frequent een gesprek met elkaar voeren, zoals bijvoorbeeld het aanvragen van een herhaalrecept of het meten van de bloeddruk of zoals in dit geval, het voeren van een controlegesprek, vallen daar niet onder. De gepresenteerde modellen vormen echter wel een goede basis om naar de structuur van de controle-gesprekken te kijken. Op basis van de beschreven fasen, de terminologieën en de interactionele handelingen die gekoppeld zijn aan elke fase, is in de analyse gekeken in hoeverre dit overeenkomt en waar het controlegesprek zijn eigen weg volgt. Het vormgeven van een model voor het controlegesprek tussen arts, ouder en kind vormt de basis binnen dit thema. Daarnaast wordt er in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de vragen die in het theoretisch kader gesteld zijn. Namelijk: wie initieert de fasen en hoe wordt dit interactioneel door de gespreksdeelnemers vormgegeven? en geeft de arts, in het kader van de participatiemogelijkheden, de gespreksdeelnemers de gelegenheid om zelf onderwerpen voor het gesprek aan te dragen en zo ja, wanneer in het gesprek doet hij dat en op welke wijze geeft hij dit vorm?

De structuur van het controlegesprek onderscheidt zich ten opzichte van het huisarts-patiëntgesprek op basis van de voorgeschiedenis. Het gesprek wordt gekarakteriseerd door het behandelvoorstel dat in een eerder gesprek is vastgesteld. Voorafgaande aan het gesprek is de diagnose reeds gesteld en is er een behandelvoorstel gedaan. Wanneer de arts de ouder en het kind spreekt, staat het behandelvoorstel dat tijdens het vorige gesprek is gedaan ter discussie: 'hoe is het op basis van de voorgestelde behandeling gegaan en is het verstandig om op basis daarvan de behandeling aan te passen?'. Ter illustratie kijken we nogmaals naar een gedeelte van de tabel welke in het methodehoofdstuk is gepresenteerd. Deze tabel laat zien hoe vaak de arts, ouder en kind elkaar hebben gezien en welk nummer het controlegesprek wat is opgenomen voor dit onderzoek, uit de reeks controlegesprekken heeft.

Fragment	1	2	3	4	5	6
Nummer in reeks controlegesprekken	Onbekend	3	7	5	2	2

Tabel 2 Controlegesprekken.

Gemiddeld genomen is het gesprek dat is opgenomen voor dit onderzoek het derde gesprek in de reeks controlegesprekken. De arts, ouder en het kind hebben elkaar gemiddeld dus al twee keer eerder gesproken toen dit gesprek plaatsvond.

De controlegesprekken vormen een aaneenschakeling van gesprekken waarbij aldoor het behandelvoorstel van het vorige gesprek wordt besproken. Echter, voordat de diagnose astma gesteld wordt, gaat vaak een traject van onderzoeken en mogelijke medicatie vooraf. Wanneer de klacht is gepresenteerd en het behandelvoorstel is ingezet, kan er een reeks van controlegesprekken plaatsvinden. Het is dus mogelijk dat een controlegesprek zowel voorafgaand als na de diagnose plaatsvindt.

Op basis van de zes gesprekken die voor het onderzoek zijn geanalyseerd, kan voor het controlegesprek het volgende model geïntroduceerd worden.

1. Opening
2. Anamnese
 - a. Kind
 - b. Ouder
3. Behandelvoorstel naar aanleiding van de anamnese
4. Lichamelijk onderzoek
5. Evaluatie
6. Afsluiting

Voordat het gesprek overgaat tot het doel van het gesprek, de gezondheidsstatus van het kind, is er ruimte voor social talk. Dit vindt plaats tijdens de opening van het gesprek. De arts richt dit op het kind waardoor de toon voor de rest van het gesprek wordt gezet: het kind staat centraal.

De opening eindigt, met de openingsvraag waarmee de arts de volgende fase, de anamnese, opent. De anamnese wordt geopend met een openingsvraag. Deze vraag wordt geïntroduceerd aan de hand van diverse elementen zoals het noemen van het aantal keren dat de gespreksdeelnemers elkaar hebben gezien en het refereren naar de reden van het bezoek. Karakteriserend voor de anamnese in een arts-ouder-kind gesprek, is dat deze uit twee delen bestaat. Beide gespreksdeelnemers worden door de arts gehoord over de gezondheidssituatie van het kind. Tijdens het behandelvoorstel wordt de behandeling zoals in een eerder gesprek is voorgesteld, en in de tijd tussen de controlegesprekken is uitgevoerd, op basis van de anamnese ter discussie gesteld. Het behandelvoorstel is samenvattend en concluderend van aard. Het behandelvoorstel vloeit voort uit de voorafgaande anamnese. Na het lichamelijk onderzoek wordt door de arts een evaluatiefase geïnitieerd. Deze fase is te vergelijken met het eerdere behandelvoorstel. Echter, deze fase heeft een bevestigend dan wel aanvullend karakter. Tevens is de fase, ten opzichte van de andere fasen optioneel: binnen het corpus komt deze fase in de zes gesprekken drie keer voor. Het voorafgaande lichamelijk onderzoek kan het eerder gestelde behandelvoorstel aanvullen maar kan ook het behandelvoorstel naar aanleiding van de anamnese bevestigen. De afsluiting heeft een samenvattend karakter en kenmerkt zich door elementen als het noemen van de volgende afspraak en het samenvatten van de ge-

maakte afspraken. Bijvoorbeeld met betrekking tot het medicijngebruik. Aan de hand van het bovenstaande model zal het hoofdstuk verder worden opgebouwd en zullen de verschillende fasen worden toegelicht.

7.1 OPENING

De opening van het gesprek is belangrijk voor de participatie van het kind tijdens het medische consult. Wanneer de opening van het gesprek gericht is op het kind, is er een grote kans dat het kind tijdens de rest van het consult ook zal participeren (Tates, 2002).

Het gesprek wordt geopend op het moment dat de arts de ouder en het kind uit de wachtkamer ophaalt. In het geval van de bestudeerde gesprekken voor dit onderzoek, is dat het moment waarop de opname wordt gestart. Voordat de gespreksdeelnemers bespreken waarvoor ze gekomen zijn de gezondheidssituatie van het kind, is er tijdens de openingsfase van het gesprek, ruimte voor social talk. Dit komt voor in vier van de zes gesprekken waarbij de arts in alle vier de gevallen met het kind in gesprek ging. De opening van het gesprek is het moment dat de ouder en het kind door de arts uit de wachtkamer opgehaald worden tot aan het moment waarop de arts de anamnese opent door middel van een openingsvraag. Social talk levert geen bijdrage aan het directe doel van het medische consult. Wel kan gesteld worden dat het een bijdrage levert aan de relationele aspecten: de relatie tussen de gespreksdeelnemers.

De arts introduceert een topic, maakt bijvoorbeeld een grapje, vraagt aan het kind wat hij het leukste vak op school vindt of vraagt aan het kind wat voor dokter hij later wil worden, zoals in het onderstaande voorbeeld.

Voorbeeld 7-1 (uit fragment 2 regel 19 t/m 29)

1. A: >en je wordt later ook dokter<.=
2. K: =ja
3. A: ·Hh en >wat voor soort dokter wil je
4. worden< word je dan een
5. e::h e::h ja je hebt je hebt
6. snijdende dokters he, die zijn
7. altijd aan het opereren en je hebt
8. praatdokters,
9. (0,5)
10. A: wat wat is jouw eh
11. (0,4)
12. K: praatdokters
13. (.)
14. A: praatdokters he? ja dat is leuk man.

In het bovenstaande fragment wordt zichtbaar hoe de arts en het kind social talk interactioneel vormgeven: de arts stelt vragen aan het kind over wat voor soort dokter hij wil worden, het kind geeft antwoord. In de tweede beurt van de arts schetst hij twee opties voor het kind: de praatdokter of de snijdende dokter. Deze indirecte uitnodiging om de beurt over te nemen wordt door het kind niet direct gezien als een uitnodiging om de beurt over te nemen. Er volgt in regel tien nog een uiting van de arts, waarin hij zijn indirecte vraag als het ware herhaalt. In regel twaalf geeft het kind antwoord waarop de arts in regel veertien reageert door niet alleen het antwoord van het kind te herhalen maar tevens een positieve evaluatie aan de uitspraak te verbinden: *ja dat is leuk man*. De wijze waarop de arts het kind aanspreekt, is tevens interessant om op te merken. De arts heeft het in regel drie tot en met acht bijvoorbeeld niet over chirurgen maar over snijdende dokters die opereren. Op deze manier komt de arts op een lijn met het kind. Doordat de arts vanaf het begin van het gesprek met het kind in gesprek is, zet de arts de toon voor de rest van het gesprek. Immers, wanneer hij al met het kind in gesprek is voordat hij tot het doel van het gesprek is gekomen, is de interactie tussen arts en kind al op gang. De arts kan de openingsvraag dan ook gemakkelijker aan het kind richten dan wanneer hij eerst met de ouder in gesprek is. De arts laat al tijdens de opening zien dat het kind tijdens het medische consult centraal staat.

Waar in het vorige fragment de arts het gespreksonderwerp initieert, zoals in drie van de vier fragmenten het geval is, initieert het kind in het volgende, unieke, fragment het

gespreksonderwerp. Niet alleen de arts, ook het kind kan dus een onderwerp aandragen binnen de opening van het gesprek.

Voorbeeld 7-2 (uit fragment 3 r6 t/m 19)

1. K: wat een rare stoe:†1.
2. (0,4)
3. A: JA dat klopt,
4. (1,2)
5. dat is een hele rare stoel en die
6. heb ik omdat ik eh als
7. ik op zo'n stoel zit de hele dag dan
8. krijg ik last van
9. mijn rug en als ik op zo'n stoel zit
10. heb ik nergens last van.
11. (.)
12. K: oo:h
13. (0,3)
14. A: goed he?
15. (.)
16. K: °ja°

Nadat de opnames zijn gestart en de gespreksdeelnemers gaan zitten, introduceert het kind in het bovenstaande fragment een nieuw onderwerp. Hij geeft in zijn beurt een mening over de stoel van de arts. Vervolgens reageert de arts hierop in zijn beurt vanaf regel vijf. Noemenswaardig is de wijze waarop de arts zijn beurt formuleert. Hij verwijst bijvoorbeeld met het woord *zo'n* naar de stoelen waarop de gespreksdeelnemers plaatsnemen. Als reactie reageert het kind in regel twaalf, met *oo:h* een nieuwsbevestiging. Het kind wist de reden niet waarom de arts deze stoel heeft. Interessant is dat de arts dit fragment afrondt door op een suggestieve wijze de mening te vragen van het kind over de situatie met de stoel, door de beurt in regel veertien door de uitspraak '*goed he?*'. De arts vraagt met deze uiting om bevestiging van het kind, wat in regel zestien dan ook het geval is. Niet alleen de arts, ook het kind kan dus een onderwerp voor de opening van het gesprek aandragen. Na dit fragment stelt de arts het kind de openingsvraag en neemt hij de leiding van het gesprek over. Het doel van het gesprek wordt aangehaald, inhoudelijk kan het gesprek nu echt beginnen.

7.2 ANAMNESE

In vergelijking met de structuur van huisarts-patiënt gesprekken, waarin er na de opening door de patiënt een nieuwe klacht gepresenteerd wordt, begint het controlegesprek na de opening, in plaats van de klachtpresentatie, vrijwel direct met het onderzoek. In deze fase wordt door de arts informatie verzameld over de gezondheidsstatus van het kind. Het eerder gestelde behandelvoorstel staat centraal waarbij de vraag 'hoe is het de afgelopen tijd gegaan?' wordt beantwoord. Het woord anamnese is de vertaling van het in de literatuur veel gebruikte woord *history taking*: de status, gesteldheid en de voorgeschiedenis van de ziekte van de patiënt.

Doordat er in het arts-ouder-kind gesprek, ten opzichte van het klassieke huisarts-patiënt gesprek, een extra participant aan het gesprek is toegevoegd, is het interessant om op te merken dat deze setting zorgt voor een tweedeling van de anamnese. De arts richt de onderzoeksfase eerst op het kind, waarna de ouder vervolgens de kans krijgt om over de gezondheidsstatus van het kind te vertellen.

De anamnese wordt interactioneel dus twee keer door de arts vormgegeven. Als we kijken naar het participatiekader, kan gesteld worden dat het eerste gedeelte van de anamnese zich afspeelt tussen de arts en het kind, waarbij de ouder de rol van vervult. In het tweede gedeelte wisselen deze rollen: de arts en de ouder vervullen de rol van spreker en ontvanger, het kind de rol van side participant.

7.2.1 De openingsvraag: de opening van de anamnese
Het eerste gedeelte van de anamnese richt de arts aan het kind en wordt door de arts geïntroduceerd door middel van een openingsvraag. Deze openingsvraag wordt in alle gevallen gericht aan het kind. Met de vraag opent de arts niet alleen het formele gesprek, maar komt hij ook direct tot het doel van het gesprek: hij start een nieuw topic dat een functionele bijdrage levert aan het gesprek. De openingsvraag is tevens het begin van de anamnese.

De openingsvraag wordt ingeleid door een aantal elementen of combinaties van elementen, zoals het noemen van de onderwerpen waarover gesproken gaat worden en het noemen van de laatste keer dat de arts en patiënt elkaar

hebben gezien. Van de zes gesprekken worden vier openingsvragen op deze manier ingeleid. De elementen zijn hieronder in een schema weergegeven.

Refereren naar	Fragment	Voorbeeld uit het corpus
Nummer in reeks controlegesprekken	2, 4 en 6	(F6) volgens mij is het de tweede keer dat we elkaar hier zien?
Reden voor bezoek	2, 4, 5 en 6	(F2) .. in verband met je longen enzo
Laatste bezoek	4	(F4) de laatste keer dat we elkaar gezien hebben was in mei,
Noemen van gespreksonderwerpen	3	(F3) volgens mij zijn der twee dingen waar we t over moeten hebben vandaag. (1,4) t gaat volgens mij over je longen (0,5) en het gaat volgens mij over plassen.
Het noemen van de video-opname	1,3,4 en 5	(F5) .Hh >even kijken< volgens mij doet ie het? dit is (.) me he↑lemaal nieuwe ervaring (.) met deze camera,

Tabel 3 Elementen van de openingsvraag.

In het schema valt allereerst de diversiteit van de elementen op. Tevens valt op dat de elementen met elkaar gecombineerd worden zoals het noemen van de reden voor het bezoek en de hoeveelste keer het is dat de arts, ouder en het kind elkaar ontmoeten.

Het volgende voorbeeld illustreert de elementen en de daarop volgende openingsvraag. In het fragment wordt de openingsvraag ingeleid door te refereren naar de reden voor het bezoek en het moment waarop de arts, ouder en kind elkaar voor het laatste hebben gezien.

De openingsvraag wordt door de arts vormgegeven met een 'hoe gaat het'-component, welke in drie van de zes gesprekken voorkomt.

Voorbeeld 7-3 (uit fragment 4 regel 9 t/m 22)

1. →A: .hh volgens mij heb je last van
2. (0,6)
3. astma va[n je longen. klopt he?
4. K: [°°ja°°((knikt instemmend))
5. →A: .hHHh en jij bent e:hm (.) de
6. laatste keer dat we elkaar
7. gezien hebben was in mei,
8. (1,1)
9. →A: .hh en ik ben heel benieuwd hoe t
10. <nu> de afgelopen maanden is
11. gegaan met jou .hh °en wat je daar
12. over wilt vertellen en wat je
13. daarover wi↑l weten.°
14. (0,9)
15. K: ((fluïsterende toon)) nou t is best
16. (.) tis best goed gegaan,=

De openingsvraag wordt door de arts ingeleid door de reden van het bezoek te noemen in de eerste regel van het fragment: de patiënt heeft last van astma, van haar longen. Ook refereert hij naar de laatste keer dat de patiënt en de arts elkaar hebben gezien in regel vijf. Na de inleiding wordt de openingsvraag in regel negen gesteld, waarin de arts aangeeft heel benieuwd te zijn hoe het de afgelopen maanden met het kind is gegaan en wat zij daarover wil weten en vertellen. Dit is niet alleen een indirecte uitnodiging voor het kind om te vertellen, het is tevens een uitnodiging aan het kind om zelf een onderwerp voor het gesprek aan te dragen. Noemenswaardig is de wijze waarop de arts de openingsvraag formuleert. Door de dalende toonhoogte aan het einde van de zin wordt de vraag niet uitgesproken als een vraag. Ook de volgorde van de woorden impliceert geen vraag. Zinnen als *hoe is het de afgelopen maanden gegaan* en *wat wil je daarover weten* impliceren dit wel. De formulering is opmerkelijk, omdat de openingsvraag in alle gesprekken niet wordt vormgegeven als een vraag.

In het onderstaande fragment wordt zichtbaar dat de wijze waarop de arts de openingsvraag vormgeeft, niet duidelijk is voor het kind. Het onderstaande voorbeeld bevat een combinatie van zowel de *'hoe gaat het'* als de *'vertel'* component.

Voorbeeld 7-4 (uit fragment 1 regel 10 t/ 18)

1. A: maar ik ben natuurlijk wel
2. ONTZE::TTEND benieuwd hoe het met
3. jou gaa::t en hoe de VAKantie is ge
4. gaa:n en,
5. (0,5)
6. nou
7. (0,6) ((handen vallen met een klap
8. op de tafel))
9. (0,5)
10. →A: vertel.
11. (0,3)
12. K: nou (0,2) de vakantie ging wel goed
13. want we waren in de be:rgen
14. en daar hoestte ik niet zoveel.

De arts opent het fragment met een openingsvraag waarbij hij aangeeft dat hij ontzettend benieuwd is hoe het met het kind is gegaan, waarbij de woorden *ontzettend*, *jou* en *vakantie* door de arts extra nadruk krijgen. Merkwaardig is dat na de uitspraak van de arts, er meerdere plaatsen zijn waarop de beurt door het kind kan worden overgenomen. Het indirecte verzoek van de arts dat hij uit aan het begin van het fragment is voor het kind niet duidelijk. Kijk bijvoorbeeld naar regel vijf en zeven waar pauzes vallen tussen de uitingen van de arts in, waar het kind de beurt had kunnen overnemen.

De arts markeert de mogelijke voltooiingspunten door de uitspraak in regel vier, *nou*, en in regel zeven, *vertel*, maar ook het non-verbale aspect wanneer de handen van de arts op de tafel met een klap op de tafel vallen is een uitnodiging voor het kind om te vertellen. In de videobeelden is te zien dat de arts op deze manier laat zien aan het kind laat zien dat hij er 'klaar voor is'. In regel twaalf van het fragment neemt het kind uiteindelijk de beurt over. In het fragment valt op dat de openingsvraag, of het verzoek aan het kind om te vertellen, *vertel*, in dit verband letterlijk kan worden genomen. Het daadwerkelijke, directe, verzoek vindt namelijk pas plaats in regel zeven waarbij het voorafgaande als inleiding van het verzoek kan worden gezien, als pre-sequentie voorafgaande aan het directe verzoek. Door het woord *vertel* geeft de arts op gebiedende, directe wijze een verzoek tot actie.

7.2.2 TWEEDELING

Zoals gesteld wordt de anamnese gekarakteriseerd door een tweedeling: een herhaling van de fase zodat zowel het kind als de ouder antwoord kunnen geven op de vraag hoe het de afgelopen tijd is gegaan. De arts richt het onderzoek eerst op het kind, vervolgens op de ouder. In het kader van het participatieframe kan gesteld worden dat de anamnese eerst wordt besproken met de arts en het kind als spreker en ontvanger waarbij de ouder de rol van side participant vervult. In het tweede gedeelte vervullen de arts en de ouder de rol van spreker en ontvanger en is het kind side participant. Dat houdt tevens in dat de side participant zichzelf tijdens het gesprek wel kan betrekken maar dat hij in de basis niet deel uit maakt van de conversatie. De wisseling tussen beide fasen wordt geïnitieerd door de arts, waarbij hij gebruik maakt van de huidige-kiest-volgende-techniek zoals duidelijk wordt in het volgende voorbeeld.

Voorbeeld 7-5 (uit fragment 1 regel 252 t/m 259)

1. A: .hHh kheb toch het gevoel dat ik ook
2. wel graag wil weten
3. (0,3)
4. wat je moeder ervan vindt.=
5. M: =ha[hm
6. A: [mag ik haar ook wel even
7. vragen?=
8. K: =goed,
9. A: .hHh
10. (1,5)
11. M: nou ik

In de eerste zin van het fragment laat de arts het kind weten dat hij benieuwd is naar de visie van de ouder. Vervolgens vraagt hij in regel zes toestemming aan het kind om dat te doen. De indirecte wijze waarop de arts de uitnodiging voor de moeder formuleert is opmerkelijk. De arts draagt de beurt niet direct over aan de moeder door een vraag als 'wat vindt u ervan?' te stellen. Hij doet dit indirect door de moeder te noemen in het gesprek met het kind. Deze uitingen van de arts in regel een tot en met zeven kan gezien worden als een pre-sequentie: een sequentie die voorafgaat aan de basissequentie, de vraag van de arts aan de ouder. Door de pre-sequentie introduceert hij indirect de herhaling van de anamnese en laat de arts aan de ouder weten dat de beurtwisseling eraan komt.

Gesteld kan worden dat de pre-sequentie opbouwt naar een eerste paardeel, de expliciete vraag, maar dat deze in dit fragment uitblijft. Het fragment impliceert dat de moeder wellicht nog wel op een expliciete uitnodiging van de arts had gerekend. Dat wordt duidelijk door de lengte van de stilte in regel acht tussen de beurten van de arts en de ouder in, die aan de hoge kant is. Een soortgelijk voorbeeld van de markering van de tweedeling is tevens te vinden in het volgende hoofdstuk onder paragraaf 8.1 Ander selectie door de arts.

De tweedeling van de anamnese zorgt ervoor dat zowel het kind als de ouder door de arts in de gelegenheid worden gesteld om te vertellen over de gezondheidsstatus van het kind. Hoewel door de opening en de openingsvraag gesuggereerd wordt dat het kind tijdens het medische consult centraal zal staan, rijst de vraag of en op welke wijze de arts nadat hij met de ouder heeft gesproken, terug gaat naar het kind. De overgang van ouder en arts naar ouder en kind vindt plaats tijdens het behandelvoorstel dat voortvloeit uit de anamnese. De wijze waarop de arts de overgang binnen het participatieframe vormgeeft zal daarom worden toegelicht in paragraaf 7.3 waarin het behandelvoorstel centraal staat.

7.2.3 HET AFSLUITEN VAN DE ANAMNESE:

PARTICIPATIEMOGELIJKHEDEN VERGROTEN

Gesteld is dat de participatiemogelijkheden van de ouder en het kind tijdens een medisch consult in het geding zijn. Immers, de leiding van het gesprek ligt door de interactionele handelingen die tijdens het consult moeten worden uitgevoerd, bij de arts. Wanneer de participatiemogelijkheden voor het kind en de ouder vergroot worden, krijgen zij de kans om aanvullende klachten of ervaringen te bespreken, vragen te stellen of zorgen te uiten. Het vergroot niet alleen de mogelijkheden voor de gespreksdeelnemers, het geeft de arts ook de kans een beslissing nemen of de behandeling moet worden gewijzigd en zo ja, op welke wijze. Tijdens het medische consult zijn er twee mogelijkheden om de participatie van de gespreksdeelnemers te vergroten. Allereerst kan de arts het initiatief nemen en de deelnemers de gelegenheid geven om zelf een onderwerp aan te dragen voor het gesprek.

Dit doet hij aan de hand van een vraag aan beide deelnemers, aan hen tegelijk of los van elkaar. De andere optie is dat de gespreksdeelnemer, in dit geval twee maal de ouder, zichzelf selecteert en een nieuw onderwerp introduceert. Beide mogelijkheden zullen in deze paragraaf nader worden toegelicht.

OP UITNODIGING ARTS

Om het kind en de ouder de gelegenheid te geven om alles wat zij wilden zeggen, vertellen of vragen aan de arts te kunnen meedelen, vraagt de arts vaak of er verder nog dingen zijn die besproken moeten worden. De ouder en het kind worden met de vraag van de arts niet alleen in de gelegenheid gesteld om zelf een onderwerp in te brengen. De patiënt of de ouder kunnen beide nog andere klachten of vragen hebben die van belang kunnen zijn voor de gezondheidsstatus van het kind. Daarnaast geeft het stellen van deze vraag aan het einde van de anamnese de afsluiting van de fase aan en markeert de arts door het stellen van de vraag een bepaalde gezamenlijkheid. Hij geeft de leiding uit handen: de gespreksdeelnemers mogen zelf aangeven waarover zij het willen hebben.

In het corpus zijn dertien fragmenten gevonden die dit fenomeen laten zien. De meerderheid, zeven fragmenten, vindt plaats aan het einde van de anamnese. Drie tijdens de afsluiting van het behandelvoorstel en twee tijdens de afsluiting van het gesprek. Tevens komt het voor dat tijdens hetzelfde gesprek, de vraag meerdere malen door de arts gesteld wordt. De fragmenten vinden allemaal plaats aan het einde van de fase, de vraag wordt door de arts gebruikt om betreffende fase af te sluiten. Vijf fragmenten zijn gericht aan het kind, zeven gericht aan de ouder en een gericht aan zowel de kind als de ouder. Interessant om op te merken is dat van alle fragmenten waarin de arts de gelegenheid geeft om nieuwe onderwerpen in te brengen, er slechts één keer, door de ouder, gebruik van wordt gemaakt. In twee andere fragmenten wordt door de ouder geen nieuw onderwerp ingebracht, maar wordt er wel van de gelegenheid gebruik gemaakt om hun verhaal te doen over onderwerpen die eerder besproken zijn.

Dit is opmerkelijk, het leert ons iets over de volledigheid van het gesprek.

Mogelijkerwijs zijn alle onderwerpen al aan bod gekomen en heeft de ouder hier niets aan toe te voegen.

Het volgende fragment komt uit een gesprek waarbij de arts vrijwel het gehele gesprek alleen met de moeder praat, ondanks dat de arts in het begin van het gesprek meerdere pogingen heeft gedaan om het kind erbij te betrekken. Voorgaande aan het fragment praten de ouder en de arts tijdens de anamnese over het eczeem dat het kind heeft gehad en over de medicijnen die hij daarvoor heeft gekregen. Aan het einde van de anamnese vraagt de arts ter afsluiting aan de moeder en aan het kind of zij nog onderwerpen voor het gesprek willen aandragen.

Voorbeeld 7-6 (uit fragment 6 regel 193 t/m 203)

1. A: nou mooi dat het geholpen heeft.
2. (.)
3. →A: nog andere dingen.
4. (1,8)
5. M: nee! ,
6. →A: [nee? =
7. M: =nee,
8. (0,5)
9. →A: [naam kind] had jij nog dingen die
10. je zou willen bespreken vandaag.
11. (1,3)
12. of waar je het over wilde hebben.

De arts reageert in het begin van het fragment op een uitspraak van de moeder waarin ze aangeeft dat het medicijn tegen het eczeem van het kind zorgde voor snelle verbetering van de huid. In regel drie stelt de arts een vraag die de ouder uitnodigt om zelf een nieuw topic te introduceren. In de uiting van de arts wordt het niet direct duidelijk dat deze uitspraak ook daadwerkelijk aan de ouder is gericht, de videobeelden waarbij blikrichting te zien is, bevestigt deze gedachten. Opmerkelijk is de formulering van de vraag in regel drie. De prosodie laat niet zien dat het een vraag is echter, in tegenstelling tot de openingsvraag, impliceert de volgorde van woorden dat wel. Nadat de moeder aangeeft dat zij geen andere onderwerpen heeft om in te brengen, stelt de arts dezelfde vraag, maar dan uitgebreider, aan het kind. Interessant, het kind heeft immers het gehele gesprek nauwelijks een bijdrage geleverd. Doordat de arts hem uitnodigt krijgt hij alsnog de kans om dit wel te doen. De arts noemt hierbij expliciet de naam van het kind aan de begin van de uiting waarmee hij de huidige-kiest-volgende-techniek toepast en tevens interactioneel de beschikbaarheid van het kind regelt. De uitingen van de arts zijn opgedeeld in twee delen. Het eerste deel, in regel negen en tien,

is een uitnodiging voor het kind om een topic in te brengen. Wanneer er geen reactie komt van het kind, in regel elf, die geaccentueerd wordt door de stilte tussen de beurten, vervolgt de arts zijn beurt. Hij breidt daarmee zijn uitnodiging naar het kind uit door *of waar je het over wilde hebben* toe te voegen aan datgene wat het kind eventueel nog zou willen bespreken. Na dit fragment is het kind echter meer in geïnteresseerd om te spelen dan om met de arts te praten.

De gelegenheid om een eigen onderwerp in te brengen aan het einde van de anamnese wordt door de arts niet alleen gericht aan de afzonderlijke gespreksdeelnemers, maar kan ook gericht worden aan beide gespreksdeelnemers tegelijk. Door het gebruik van het woord *wel* laat de arts in het volgende fragment zien dat beide deelnemers antwoord kunnen geven op het verzoek en laat hij tevens een gezamenlijkheid zien. Ook is in dit fragment de overgang te zien tussen de anamnese en het lichamelijk onderzoek.

Voorafgaande aan het onderstaande voorbeeld is er, in plaats van een tweedeling in de anamnese, gesproken over twee onderwerpen waar het kind klachten van ervaart: de longen en eczeem. Eerst is er met beide gespreksdeelnemers over de longen gesproken vervolgens over de huid. Nadat er over beide onderwerpen is gesproken, volgt de vraag van de arts waarin hij beide gespreksdeelnemers de gelegenheid geeft om een eigen onderwerp in te brengen.

Voorbeeld 7-7 (uit fragment 2 r674 t/m 683)

1. A: .HHH zijn er nog andere dingen
2. waarover we het moeten hebben
3. het gaat over eh [longen over de
4. K: [nee niet echt
5. A: huid, over e:h andere ding[en
6. K: veel [nee
7. A: nee?
8. (0,4)
9. M: ne[e volgens mij gaat het goed,
10. A: [dan wil ik graag even (.) sorry
11. (0,3)
12. M: ik zei volgens mij gaat het goed,=
13. A: =oke, .HHH dan wil ik graag even
14. naar je longen luisteren.

In de eerste regel van het fragment wordt de vraag van de arts naar beide gespreksdeelnemers geuit. De uitspraak van de arts kan worden opgedeeld in meerdere delen. Als

eerste stelt hij de vraag aan de gespreksdeelnemers of er nog andere dingen zijn waarover gesproken moet worden. Vervolgens refereert hij, door het benoemen van de besproken onderwerpen van de longen en de huid, naar *andere dingen* die door de gespreksdeelnemers kunnen worden aangedragen en noemt hij dit nogmaals aan het einde van zijn beurt. Ondanks dat de vraag aan beide deelnemers tegelijk gesteld is en de gespreksdeelnemers in theorie tegelijk antwoord zouden kunnen geven, wordt dit interactioneel geregeld door na elkaar te antwoorden. Het kind antwoordt tijdens de beurt van de arts in regel vier waarop de arts in regel zeven reageert door het antwoord van het kind ter bevestiging te herhalen. In regel negen neemt de moeder, bijna tegelijk de beurt met de arts waarin ze beargumenteert dat ze geen onderwerpen heeft om in te brengen, aangezien het volgens haar wel goed gaat. Wanneer de uitspraak door de arts goed is verstaan, reageert hij in het eerste gedeelte van zijn beurt in regel dertien op het antwoord van de ouder. Vervolgens introduceert hij een nieuw topic, een nieuwe fase.

Ingaan op de uitnodiging van de arts

Zoals gesteld zijn er dertien fragmenten van dit fenomeen in het corpus gevonden. Door de gespreksdeelnemers wordt echter nauwelijks gebruik gemaakt van de gelegenheid die door de arts aan de gespreksdeelnemers wordt gegeven om zelf een onderwerp in te brengen. Slechts één keer wordt er, door de ouder, een nieuw onderwerp in het gesprek aangedragen. Dit vindt plaats tijdens het tweede gedeelte van de anamnese, waarin de arts met de ouder in gesprek is over de gezondheidssituatie van het kind. De arts rondt de anamnese af door de ouder de gelegenheid te geven om een onderwerp voor het gesprek aan te dragen.

Voorbeeld 7-8 (uit fragment 1 regel 295 t/m 300)

1. A: .hH >°had u bepaalde (0,6) dingen
2. waarvan u zegt van nou dat wil ik
3. nog even zeggen of dat eh< (0,5) dat
4. moet ik eh°°
5. (0,9)
6. nou of
7. (0,6)
8. M: ja of of t zinvol is
9. (0,3)
10. °de me[di'cijnen° ja=
11. A: [.hH
12. A: =dat is een hele goede vraag

In de eerste regel van het fragment stelt de arts de vraag aan de ouder. Interactioneel wordt dit door de arts duidelijk gemaakt door de ouder aan te spreken met u. De vraag wordt door de arts indirect gesteld en bevat een suggestie van de reden waarom de ouder een onderwerp voor het gesprek zou willen aandragen. Namelijk, datgene wat de ouder nog *even wil zeggen*. Merk het woord *even* hierin op, waardoor de arts aan de ouder laat zien dat het eventueel iets kleins is, dat het geen moeite is voor de arts en dat de ouder, ondanks de asymmetrie die heerst binnen een arts-patiënt gesprek, net als de arts ook een onderwerp kan aandragen voor het gesprek. De ouder gaat hierop door, met opvallende pauzes binnen de beurt, aan de arts kenbaar te maken dat ze twijfelt of de medicijnen die haar zoon gebruikt, nog zinvol zijn. Ze introduceert met deze uiting een nieuw onderwerp. De arts reageert positief op de inbreng van het onderwerp door de ouder in regel twaalf, waarin hij de ouder duidelijk maakt dat hij dit een hele goede vraag vindt. De inbreng van de ouder blijkt zinvol te zijn. Doordat de ouder het onderwerp 'medicijnen' initieert, vervolgt het gesprek naar de een nieuwe fase, het behandelvoorstel, waarin de arts voorstelt om te stoppen met de medicijnen.

Van de acht fragmenten die gericht zijn aan de ouder, waarvan een fragment tevens gericht is aan het kind, wordt er in twee gevallen door de ouder wel op de vraag ingegaan. Echter, niet op de wijze waarop de vraag bedoeld is. Ze dragen geen nieuw onderwerp aan voor het gesprek maar er wordt door de ouder van de gelegenheid gebruik gemaakt om zijn of haar verhaal te vertellen. De uiting is een herhaling van wat eerder in het gesprek door de deelnemers is besproken.

Ondanks de vraag van de arts is er voor de ouder dus nauwelijks reden om op de vraag in te gaan. Het onderstaande voorbeeld illustreert de situatie wanneer de ouder wel op de vraag ingaat, maar niet op de wijze die beoogd wordt.

Voorafgaande aan het onderstaande fragment heeft de arts aan het kind gevraagd of zij nog onderwerpen wil aandragen voor het gesprek. Vervolgens vraagt de arts toestemming aan het kind om deze vraag ook aan haar vader te stellen. De vraag van de arts geeft de vader niet alleen de gelegenheid om nieuwe, eigen onderwerpen voor het gesprek aan te dragen. Het is tevens de tweedeling tussen de beide fasen van de anamnese. De ouder heeft echter als side participant al veel informatie toegevoegd aan het eerste gedeelte van de anamnese waarin de arts met het kind in gesprek is. Het is dus niet onbegrijpelijk dat de scheiding op deze manier wordt gemarkeerd.

Voorbeeld 7-9 (uit fragment 5 r370 t/m 388)

1. A: nee? mag ik ook even aan je vader
2. vragen of hij nog dingen °wil vragen
3. of weten?°
4. (0,4)
5. K: ja ho[or.
6. A: [goe[d
7. V: [e:h nee ik zou het niet
8. wet[en.
9. A: [nee?=
10. V: =nee. het gaat e:h jja nou ja,
11. redelijk zeg ma[ar. geen
12. A: [ja
13. V: problemen meer.
14. (..)
15. V: ja:: daarom zeg ik dat we moeten er
16. wel op toezien dat ze
17. er dus geregeld gebruik van maakt
18. [dat iedere dag (.) wel
19. A: [ja ja.
20. V: noodzakelijk.=

Wanneer het kind toestemming heeft gegeven aan de arts om de vader te vragen of hij ook nog dingen wil vragen of weten, neemt de vader de beurt over. Dit doet hij na de indirecte vraag van de arts in regel zeven van het bovenstaande fragment. Net zoals voorbeeld 7-5, welke tevens de overgang tussen de beide fasen van de anamnese illustreerde, is in het bovenstaande fragment op te merken

dat de eerste beurt van de arts, een pre-sequentie is. Een voorbereiding op het eerste paardeel, de expliciete uitnodiging van de arts aan de ouder om de beurt over te nemen. In tegenstelling tot fragment 7-5 lijkt de ouder in het bovenstaande fragment geen moeite te hebben met de formulering van de uiting. Hij neemt door middel van zelfselectie, tevens met een kleine overlap, in regel zeven de beurt zonder problemen over. Opmerkelijk is de formulering van dit fenomeen waarin de ouder geen nieuw topic inbrengt maar wel gebruik maakt van de gelegenheid om te vertellen. De vader stelt namelijk eerst dat hij niets wil vragen of weten. Met de woorden *e:h nee ik zou het niet weten* maakt hij dit de arts duidelijk. Wanneer de arts dit in regel zeven ter bevestiging navraagt, onderbouwt de vader zijn antwoord door te herhalen wat eerder besproken is. Het gaat goed met de patiënt, er zijn geen grote problemen meer. De vader in dit fragment maakt van de gelegenheid gebruik om punten die eerder zijn behandeld nogmaals te benoemen, zoals de uiting in regel zestien waarin hij teruggaat naar een uitspraak waarin hij aan de arts vertelt dat hij er wel op toeziet dat het kind medicijnen gebruikt en dat dat wel noodzakelijk is. Door de herhaling van wat er eerder gezegd is, wat de vader eerder in het gesprek heeft aangevuld, laat hij zien dat hij het eens is met de besproken onderwerpen, dat de inhoud van de besproken onderwerpen accepteert.

Hoewel de arts tijdens het gesprek met de ouder en het kind de gespreksdeelnemers de gelegenheid geeft om een eigen onderwerp in te brengen voor het gesprek, wordt er door de deelnemers nauwelijks van de gelegenheid gebruik gemaakt. Zoals gesteld, en wat het bovenstaande fragment tevens illustreert, is dat de besproken onderwerpen tijdens de anamnese volledig zijn, dat de gespreksdeelnemers daar zelden nog iets aan wil toevoegen.

DOOR ZELFSELECTIE

Het vergroten van de participatiemogelijkheden hoeft niet alleen door de arts geïnitieerd te worden. De gespreksdeelnemers kunnen zelf ook een nieuw onderwerp initiëren. Dit hangt samen met het gegeven dat de volgorde van de fasen niet vast staan. Net zoals er bij de huisarts-patiënt gesprekken terug gegaan kan worden naar de klachtpresentatie, kan dit tijdens het controlegesprek met de specialist ook plaatsvinden in de fase waarin de anamne-

se wordt afgenomen. Terwijl de arts de structuur van het gesprek aangeeft en de wisselingen tussen de fasen initieert, kan de anamnese ook door de andere gespreksdeelnemers op elk moment in het gesprek worden teruggehaald. In het corpus wordt er door de ouder, twee maal, tijdens de afsluiting van het consult, een nieuw onderwerp aan het gesprek toegevoegd.

Voorafgaand aan het volgende fragment is naar aanleiding van de anamnese en het lichamelijk onderzoek besloten om te stoppen met de medicijnen. Daarom hoeft het kind niet langer onder controle te blijven bij de kinderarts. Tijdens de afsluiting van het medisch consult, waarin de arts dit benoemt en akkoord vraagt bij de gespreksdeelnemers, initieert de moeder voor het afsluiten van het gesprek een nieuw onderwerp waardoor het gesprek structureel gezien terug gaat naar de anamnese. Omdat er in dit geval door de moeder een nieuwe klacht wordt geïntroduceerd, kan er gesproken worden van een klachtpresentatie.

Voorbeeld 7-10 (uit fragment 1 regel 501 t/m 508)

1. A: ja en omdat je die medicijnen niet
2. meer gebruikt denk ik dat wij
3. afscheid gaan nemen.
3. (0,9)
4. A: klopt dat?
5. (0,8)
6. A: mee eens?
7. (0,5)
8. K: zou wel kunnen ja,
9. (0,2)
10. A: "mooi" mams mee eens?
- 11.→M: ja:: ik heb nog een klein ander
12. vraagje

Het fragment begint met een conclusie van de arts: omdat het kind de medicijnen niet meer gebruikt, gaan zij afscheid nemen. Het kind hoeft niet langer onder controle te blijven bij de kinderarts. Door beide partijen te vragen of zij hiermee instemmen controleert de arts of de gespreksdeelnemers het hier mee eens zijn. Het woord *je* in de uiting van de arts laat zien dat de beurt is gericht aan het kind. Wanneer er op de vraag van de arts door het kind geen antwoord wordt gegeven, hervat de arts de beurt tot twee keer toe in regel vier en zes. De eerste beurt van de arts in het bovenstaande fragment verklaart de pauzes. Net zoals de openingsvraag in voorbeeld 7-4, wordt ook deze vraag

als een stelling aan het kind gepresenteerd. Zowel de volgorde van de woorden als de prosodie van de zin laat niet zien dat dit om een vraag gaat. Het is dan ook onduidelijk voor het kind, wat zich interactioneel uit in de stiltes en de wijze waarop de arts de beurt hervat: een indirecte vraag wordt gevolgd door twee directe vragen: 'klopt dat?' en 'mee eens?'. Wanneer het kind antwoord heeft gegeven in regel acht stelt de arts de vraag nogmaals, maar dan expliciet aan de moeder. Wanneer zij antwoord geeft, benut de moeder de gelegenheid om terug te gaan naar de anamnese door een nieuwe klacht te introduceren. Dit doet zij, direct, na het antwoord op de vraag, zodat de beurt niet wordt overgenomen door bijvoorbeeld de arts.

Doordat de moeder het woord *vraagje* gebruikt, impliceert ze dat het verzoek aan de arts niet erg groot is en dat het gerechtvaardigd is om nog een vraag aan het einde van het gesprek te stellen. Interessant om op te merken is dat, wanneer er dus meerdere onderwerpen zijn waarover de gespreksdeelnemer iets wil vertellen, vragen of weten, er dus ook meerdere mogelijkheden moeten zijn om dit te doen. Dit impliceert het bovenstaande fragment, dat afkomstig is uit het gesprek waarin de moeder zichzelf selecteert. Zij ging als enige in op de vraag van de arts of zij nog een onderwerp wilde aandragen voor het gesprek. Klaarblijkelijk was er nog een onderwerp dat ze graag wilde inbrengen, hetgeen ze alsnog doet, door middel van zelfselectie tijdens het afsluiten van het gesprek zoals in het bovenstaande fragment zichtbaar wordt.

7.2.4 TER AFSLUITING

In deze paragraaf is de eerste fase van het medische consult dat gevoerd wordt door de arts, ouder en kind, nader bestudeerd. Karakteristiek aan de anamnese binnen deze setting is de tweedeling. Eerst spreekt de arts met het kind, vervolgens met de ouder. De tweedeling zorgt ervoor dat beide gespreksdeelnemers aan het woord komen, hun verhaal kunnen doen en beide door de arts worden gehoord. Het participatiekader wijzigt doordat de arts deze wijziging introduceert.

Dit geeft hij interactioneel vorm door het kind toestemming te vragen om deze wijziging te accepteren. Door eerst de anamnese aan het kind te richten en door toestemming

te vragen, zet de arts het kind tijdens het medische consult centraal. De vraag is echter, hoe de arts, nadat hij met de ouder heeft gesproken, terugkomt bij het kind. De arts initieert deze overgang tijdens het behandelvoorstel, welke in de volgende paragraaf besproken zal worden.

7.3 BEHANDELVOORSTEL EN EVALUATIE

Tijdens het behandelvoorstel wordt er antwoord gegeven op de vraag of de behandeling zoals die in het vorige gesprek is vastgesteld, moet worden aangepast of niet. Het doel van het controlegesprek wordt tijdens het behandelvoorstel door de gespreksdeelnemers besproken. Het behandelvoorstel heeft een concluderend, samenvattend karakter en komt tijdens de controlegesprekken uit het corpus in twee delen voor: het behandelvoorstel naar aanleiding van de anamnese en het tweede, bevestigende en/of aanvullende behandelvoorstel.

Op basis van de beschrijving van de gezondheidsstatus door beide partijen wordt na de beide fasen van de anamnese door de arts een behandelvoorstel gedaan. Het behandelvoorstel vloeit voort uit het afnemen van de anamnese met de ouder. Het is daarom niet geheel onbegrijpelijk dat wanneer het behandelvoorstel wordt geopend, dit eerst naar de ouder gericht wordt en vervolgens naar het kind. Van de zes gesprekken is dit drie keer het geval. Twee gesprekken bevatten alleen de evaluatie.

Wanneer de arts richting het einde van het gesprek zowel de anamnese als het lichamelijk onderzoek heeft verricht, stelt hij op basis daarvan een evaluatie. Het lichamelijk onderzoek vormt samen met het voorafgaande behandelvoorstel op basis van de anamnese, de basis. Ook deze fase heeft een samenvattend karakter. Echter, doordat de arts een samenvatting geeft van wat hij tijdens het lichamelijk onderzoek heeft gezien en wat dat betekent, heeft deze fase meer een diagnostisch karakter ten opzichte van het behandelvoorstel. Doordat de evaluatie gebaseerd is op zowel de anamnese als het lichamelijk onderzoek én het voorafgaande behandelvoorstel, heeft het niet alleen een samenvattend karakter maar ook een bevestigend en/of, vanuit het lichamelijk onderzoek, aanvullend karakter. Het

bevestigt wat eerder in het gesprek is gezegd, net zoals het lichamelijk onderzoek de anamnese kan bevestigen. Noemenswaardig is dat het behandelvoorstel in het corpus ook daadwerkelijk in alle gevallen als behandelvoorstel in het gesprek naar voren komt. Dat wordt niet alleen duidelijk door de formulering ervan door de arts, maar ook doordat de arts aan het einde van het behandelvoorstel aan beide gespreksdeelnemers vraagt of zij met het voorstel akkoord gaan.

Met de patiënt uit het volgende fragment gaat het erg goed. Na de vakantie is het kind vrijwel gestopt met het gebruik van de medicijnen. De moeder vraagt zich dan ook af of het medicijngebruik nog zinvol is. Wanneer het onderstaande voorbeeld begint, is de anamnese uitgemond in het behandelvoorstel waarbij de arts, nadat met de ouder heeft gesproken, ook het kind bij het voorstel betreft.

Voorbeeld 7-11 (uit fragment 1 regel 371 t/m 391)

1. A: dus dat betekent ei:genlijk dat u
2. zegt (.)en daar ben ik het wel
3. mee eens (0.6) maar belangrijk is
4. natuurlijk wat jij ervan vindt (.)
5. dat we met de:ze ((wijst medicijn
6. aan))medicijnen gewoon stoppen (.)
7. dat we die laten staa:n
8. (0.2)
9. M: en dan gewoon te kijken hoe het dan
10. gaa:t (.) ja:
11. A: ja hhH
12. (0.4)
13. A: en mocht je toch eens een keertje
14. benauwd worden of heel erg
15. (0.2)
16. kortademig zijn of heel veel last
17. hebben van het hoesten
18. bijvoorbeeld bij spo:rtten bij
19. voetbal ofzo hhH: dan kun je
20. de:ze gebruiken ((wijst medicijn
21. aan))
22. (1.4) ((kind knikt instemmend))
23. A: zou dat wat zijn?
24. (.)
25. K: °ja°
26. (0.2)
27. A: ja dat vindt u oo↑k=
28. M: =ja, (onverstaanbaar) in ieder geval
29. eens uh:: (0.2) zeggen we gaan t een
30. periode zo:nder doen (.) ja:.
31. (.)

32. A: hhhHHH ik wil wel heel graag even
33. naar je longen lui:steren.=

Door de woordkeuze, u voor de ouder en jij voor het kind, is het duidelijk dat de arts in het begin van het bovenstaande voorbeeld het kind bij het gesprek betreft. Hij doet dit op een hele open manier waarin hij niet alleen heel duidelijk het gezamenlijke karakter van de fase weergeeft maar ook de uiterst belangrijke rol van het kind. De arts geeft in de eerste zeven regels aan wat hij voorstelt, maar legt ook uit wat dit dan betekent door de medicijnen aan te wijzen waarmee gestopt kan worden. In regel negen wordt het duidelijk dat de arts en de ouder eerder al over dit onderwerp hebben gepraat. Dit is te zien doordat de moeder het voorstel van de arts aanvult. Ze laat hiermee een gezamenlijkheid tussen de arts en de ouder zien, hetgeen tevens in regel achtentwintig het geval is. Het fragment vervolgt met een uitleg van het voorstel waarin de arts aangeeft dat wanneer dat het kind medicijnen kan gebruiken wanneer hij toch last heeft van kortademigheid of hoesten. Hij gebruikt hierbij voorbeelden uit het dagelijks leven van de patiënt zoals in hoofdstuk 9 voorkomt. Doordat de arts in regel drieëntwintig aan het kind en in regel zevenentwintig aan de ouder bevestiging vraagt, sluit hij niet alleen de fase van het behandelingsvoorstel af, maar karakteriseert hij nogmaals de gezamenlijkheid van de fase.

WISSELING VAN HET PARTICIPATIEFRAME: TERUG NAAR HET KIND

Zoals in het bovenstaande voorbeeld tevens duidelijk wordt, is dat tijdens het behandelvoorstel een wisseling in het participatieframe plaats vindt. De wisseling van het participatieframe tijdens het behandelvoorstel komt voor in vier van de zes gesprekken.

Als we nogmaals naar de eerste regel kijken van het bovenstaande fragment wordt zichtbaar hoe de arts alle drie de partijen opnieuw bij het gesprek betreft. Door de uitspraak van de arts in regel twee, betreft de arts niet alleen het kind bij het gesprek, tevens laat hij hier aan de deelnemers zien dat het kind tijdens het consult centraal staat. Hij geeft dit interactioneel vorm door te stellen dat de ouder en de arts het erover eens zijn, maar dat het belangrijker is wat het kind ervan vindt. Ook door het woord *natuurlijk* wordt de rol van het kind binnen het medische consult nogmaals benadrukt. Daarbij is de rol van de ouder in dit fragment

interessant om op te merken. Voordat het kind door de arts weer bij het gesprek wordt betrokken, hebben de arts en de ouder het behandelvoorstel al besproken. Wanneer het behandelvoorstel door de arts aan het kind gepresenteerd wordt, vormt de ouder een duo met de arts, in tegenstelling tot de anamnese, waarin de ouder en het kind een duo vormen en samen het behandelvoorstel presenteren aan de arts. Het duo arts en ouder uit zich doordat, wanneer de arts het behandelvoorstel uitlegt aan het kind, de moeder in het bovenstaande voorbeeld gebruik maakt van continueerder. Hiermee laat ze een bepaalde gezamenlijkheid zien en maakt ze het duo arts-ouder relevant. Er kan op basis hiervan gesteld worden dat door het duo arts-ouder, een extra asymmetrie voor het kind ontstaat. Dit wordt echter niet door het kind interactioneel relevant gemaakt. In het volgende fragment kijken we nogmaals naar de overgang in het participatiekader. Ook in dit fragment komt het fenomeen waarin de ouder een duo met de arts vormt voor.

Voorbeeld 7-12 (uit fragment 3 r310 t/m 323)

1. A: NOU als ik het zo hoor denk ik het
2. gaat zo goed ik zou proberen om toch
3. weer es te stoppen [met die met die
4. M: [ja]
5. medicijnen=
6. M: =ja
7. (.)
8. A: hoe minder hoe beter zeg ik altijd
9. [maar
10. M: [precies
11. A: hHhh en e:hm (0.3) kijk het mooie
12. van die medicijnen is (.) als
13. je dr mee stopt (0.7) en 't gaat
14. goed gaat goed en gaat het
15. niet goed kun je 't gewoon weer
16. gebruiken,
17. M: "precies"
18. A: Hh he maar ik denk dat eh dat jij nu
19. ouder geworden bent en groter
20. geworden bent en sterker geworden
21. bent en kan het best zijn dat je er
22. veel minder last van hebt.
23. K: ja,

In de eerste regel van het bovenstaande fragment introduceert de arts richting het kind een samenvatting van het behandelvoorstel dat hij eerder met de moeder besproken heeft. Merk ook in dit fragment de continueerders van de

ouder op in regel vier, zes, tien en zeventien. Hiermee ondersteunt de ouder de uitspraken van de arts, dat ze er mee eens is. Dat blijkt voornamelijk uit de uitingen in regel zeven en elf. Door het woord *precies* laat ze zien dat ze het eens is met de uitspraak van de arts. Opmerkelijk is, hoewel het vanaf regel dertien door het woord *je* interactioneel zichtbaar wordt, dat de arts zich richt tot het kind, het kind pas in regel drieëntwintig reageert. De wijze waarop de ouder zichzelf positioneert binnen het medische consult komt in totaal twee keer op de beschreven wijze voor.

EVALUATIE: BEVESTIGEND EN/OF AANVULLEND BEHANDELVOORSTEL

De evaluatie volgt na het lichamenlijk onderzoek. Deze fase is optioneel en komt in drie van de zes gesprekken voor. Tijdens deze fase vertelt de arts wat hij heeft gezien, verbindt daar eventueel een conclusie aan, en koppelt de uitkomsten van het lichamenlijk onderzoek aan de anamnese en het behandelvoorstel. Een samenvattend, bevestigend, maar ook aanvullend karakter is de essentie de evaluatie. In het onderstaande fragment is tijdens het behandelvoorstel door de arts voorgesteld om definitief te stoppen met de medicijnen die de patiënt voor zijn astma gebruikt.

Tijdens het lichamenlijk onderzoek valt het de arts op dat het kind een streepje op zijn neus heeft, een neuskloofje. Dat is een teken dat het kind last heeft van zijn neus. Daarom stelt de arts voor om, als hij hiervan last blijft houden, toch een neusspray te gebruiken. In de evaluatie ligt de nadruk dus vooral op het bevestigen van het behandelvoorstel dat in eerste instantie is gedaan naar aanleiding van de anamnese.

Voorbeeld 7-13 (uit fragment 3 r409 t/m 425)

1. A: >nou je neus ziet er goed uit< .hh
2. wat ik ↑zie is hier een klein
3. stree↑pje op je neus (0.8)·hh en dat
4. heet een u:h een neus uh
5. neuskloofje (0.9) dat komt als
6. mensen veel jeuk hebben doen ze vaak
7. zo, he (0.2) doe jij ook heel
8. veel{
8. K: [°ja klopt°
9. A: dus ik heb het nou een paar keer
10. gezie,=
11. K: =°ja°(zie)
12. A: dan krijg je zo'n gleufje
13. (0,2)

14. A: ·hhhhh je mag weer gaan zitten hoor
 15. en dat is VAAK een teken
 16. dat je daar LAST van hebt (0.2) ik
 17. ZOU u:h u:h pilletjes als
 18. je d'r >veel last van hebt< zou ik
 19. die gewoon ↑nemen ·hhhh als
 13. je nou:· (.) nee (.) dat toch wel
 14. veel last houdt of of je
 15. moeder ziet dat je heel erg veel
 16. last hebt ·hhhh dan zou ik
 17. toch 's proberen om d'r zijn ook
 18. neussprays die niet zo vies
 19. zijn die niet zo naar zijn.
 20. K: °ja°

In de eerste zin van het fragment refereert de arts naar het streepje, het neuskloofje op de neus van het kind. Het kind geeft in regel acht een reactie daarop door het vermoeden dat de arts verwacht dat het kind last heeft van zijn neus, te bevestigen. De arts draagt tevens als argument aan dat hij tijdens het gesprek een paar keer heeft gezien dat het kind jeuk heeft aan zijn neus. Het behandelvoorstel refereert naar de anamnese waarin de arts vraagt welke medicijnen de patiënt gebruikt om zijn allergische klachten van huisstofmijt te onderdrukken. Daaruit blijkt dat hij geen neusspray gebruikt en dat het kind dat ook eigenlijk niet wil. Doordat het lichamenlijk onderzoek uitwijst dat het kind wel last heeft van de neus, raadt de arts toch aan om de neusspray te gaan gebruiken.

De evaluatie heeft, zoals het bovenstaande voorbeeld laat zien, een bevestigend en aanvullend karakter: het bevestigt niet alleen het behandelvoorstel op basis van het lichamenlijk onderzoek wordt het eerder voorgestelde behandelvoorstel tevens aangevuld. Niet alleen het behandelvoorstel en de evaluatie hebben een samenvattend karakter. Ook de afsluiting van het medische consult wordt door het samenvatten gekarakteriseerd.

7.4 AFSLUITING

Wanneer alle fasen zijn doorlopen, wanneer de gezondheidssituatie van het kind opnieuw in beeld is gebracht, wanneer er een eventueel een nieuw behandelvoorstel is opgesteld en wanneer iedereen heeft kunnen zeggen, vertellen en vragen wat hij wilde, wordt het gesprek afgesloten. In vier van de zes gevallen wordt het gesprek

door de arts afgesloten door te refereren naar een afspraak die de gespreksdeelnemers eerder met elkaar hebben gemaakt, namelijk het moment dat ze elkaar weer gaan zien. Dit is vergelijkbaar met de afsluiting van een dagelijks gesprek. Twee van de zes gesprekken bevatten dit niet, omdat er geen volgende keer is. De beide kinderen hoeven niet langer onder controle bij de kinderarts te blijven.

Met de patiënt in het volgende fragment gaat het goed. Het is de tweede keer dat de arts en de patiënt elkaar zien en sinds ze medicijnen gebruikt, heeft ze nog weinig klachten. Wel heeft ze nog vaak last van haar neus en komt er in het gesprek naar voren dat het goed zou zijn om een allergietest te doen. Wellicht dat daar haar neusklachten vandaan komen. De arts sluit het gesprek af door al deze afspraken samen met het moment wanneer de volgende bijeenkomst gaat plaatsvinden, te noemen.

Voorbeeld 7-14 (uit fragment 5 regel 647 t/m 667)

1. A: =hé zullen we het zo doen dat we
 2. elkaar over een maand of vier weer
 3. zien. [(.) en dat we een
 4. K: [ja,
 5. A: allergietest doen dan maken we daar
 6. een afspraak voor [dat je een
 7. V: [ja
 8. A: keertje tussendoor komt, en e:h je
 9. gaat gewoon door met deze ((legt
 10. zijn hand op het medicijn))
 11. medicijnen, neusspray der bij, [(.)
 12. K: [ja,
 13. A: als het op is kun je bij de huisarts
 14. gewoon weer nieuwe [eh krijgen? en
 15. V: [ja, ja:·.
 16. A: dan wil ik graag over een paar
 17. maanden weer kijken hoe het dan met
 18. je gaat.
 19. (.)
 20. A: zo doen? [mee eens?=
 21. K: [ja,
 22. K: =ja.
 23. (.)
 24. A: super. papa mee eens?=
 25. V: =ja hoor,
 26. (.)
 27. A: harstikke goed.

Niet alleen de samenvattende uitspraken van de arts, ook de vragen die de arts richt aan het kind en de vader

ontvangstbalie, waar niet alleen de nieuwe afspraak kan worden gemaakt, maar ook de kleurplaat kan worden uitgezocht.

7.5 DEELCONCLUSIE

In dit hoofdstuk is er vanuit de gelimiteerde participatiemogelijkheden van het kind en de ouder binnen een arts-ouder-kind gesprek gekeken naar de structuur van het gesprek. De structuur vormt de basis voor de interactionele handelingen die tijdens het consult moeten worden uitgevoerd en laat tevens de participatiemogelijkheden van de gespreksdeelnemers zien.

De vraag die centraal stond binnen dit thema is in hoeverre het controlegesprek, waarin het behandelvoorstel dat in een eerder gesprek gesteld is ter discussie staat, overeenkomt met de fasen die zijn beschreven voor het klassieke huisarts-patiënt gesprek. Op basis daarvan is er in dit hoofdstuk een model gepresenteerd voor controle-gesprek tussen arts, ouder en kind waarmee antwoord wordt gegeven op de wijze waarop de gespreksdeelnemers de fasen interactioneel vormgeven.

OPENING

De openingsfase wordt gekarakteriseerd door social talk tussen de arts en het kind. Deze fase begint wanneer de arts de ouder en het kind uit de wachtkamer ophaalt en eindigt wanneer de arts de openingsvraag stelt waarmee hij de anamnese opent. Social talk levert geen directe bijdrage aan het doel van het controlegesprek maar wel aan de relatie tussen de arts en de gespreksdeelnemers. Onderwerpen voor de openingsfase worden zowel door de arts als het kind geïnitieerd.

Doordat de arts vanaf het begin het gesprek richt tot het kind, zet hij de toon voor de rest van het consult: het kind staat centraal.

ANAMNESE

Na de opening van het controlegesprek, in tegenstelling tot het klassieke huisarts-patiënt gesprek waarin na de opening de klachtpresentatie geïntroduceerd wordt, volgt vrijwel direct na de opening de anamnese, de onderzoeksfase. De vraag *'hoe is het de afgelopen tijd gegaan?'* staat in deze fase centraal. Karakteriserend voor het arts-ouder-kind ge-

sprek is de tweedeling van de anamnese: zowel het kind als de arts worden door de arts in de gelegenheid gesteld om hun verhaal te vertellen. In termen van het participatieframe kan gesteld worden dat de basis van het eerste gedeelte van de anamnese zich afspeelt tussen de arts en het kind, waarbij de ouder de rol van side participant aanneemt. In het tweede gedeelte wisselt dit frame en worden de basisrollen van spreker en ontvanger vervuld door de arts en de ouder waarbij het kind de rol van side participant vervult. De side participant is niet direct betrokken bij de anamnese maar heeft wel de mogelijkheid om zichzelf bij het gesprek te betrekken.

Ter afsluiting van de anamnese en tevens om de participatiemogelijkheden van de gespreksdeelnemers te vergroten, geeft de arts de gelegenheid aan zowel de ouder als het kind om een onderwerp voor het gesprek aan te dragen. Op basis van de analyse kan geconcludeerd worden dat van deze mogelijkheid door de gespreksdeelnemers nauwelijks gebruik wordt gemaakt. Dit leert ons iets over de volledigheid van het gesprek: wellicht zijn de onderwerpen die zijn besproken tijdens het gesprek volledig en is er daardoor voor de gespreksdeelnemers geen aanleiding om een nieuw onderwerp aan het gesprek toe te voegen. Tevens selecteert de ouder zichzelf, bijvoorbeeld aan het einde van het gesprek, om een nieuw en eigen onderwerp aan te dragen voor het gesprek.

BEHANDELVOORSTEL

Omdat de arts vanaf het begin van het gesprek het kind centraal stelt, rijst de vraag op welke wijze het kind, nadat de arts tijdens de anamnese met de ouder gesproken heeft, opnieuw centraal komt te staan tijdens het gesprek. Dit wordt door de arts interactioneel vorm te geven in het behandelvoorstel waarin het doel van het gesprek centraal staat. Tijdens deze fase neemt de arts een besluit over het al dan niet wijzigen van het behandelvoorstel dat in het vorige gesprek is gesteld. Het behandelvoorstel heeft een samenvattend karakter en vloeit voort uit de anamnese: het gedeelte waarin de arts met de ouder in gesprek is. Een interessante observatie binnen dit kader is dat de ouder en de arts het behandelvoorstel al min of meer hebben besproken voordat het kind wordt betrokken bij het gesprek. Op het moment dat het kind geïnformeerd wordt is er dan ook een interessante vorming betreft de

participatie. De ouder en de arts vormen, in tegenstelling tot de anamnese waarin het kind en de ouder samen vertellen aan de arts over de stand van zaken, samen een duo. Wanneer de arts het behandelvoorstel op een samenvattende wijze voorlegt aan het kind, laat de ouder interactieel zien het eens te zijn met de arts door het gebruik van continueerders. Ondanks dat dit interactieel niet zichtbaar wordt, kan het kind een extra asymmetrie ervaren: van zowel de ouder als de arts.

EVALUATIE

De evaluatie is optioneel, het komt niet in elk gesprek voor. Het heeft zoals het behandelvoorstel een samenvattend karakter. Op basis van het voorafgaande lichamelijk onderzoek, kan het behandelvoorstel echter bevestigd dan wel aangevuld worden.

AFSLUITING

De afsluiting van het gesprek wordt tevens gekarakteriseerd door een samenvattend karakter. Daarnaast wordt tijdens het afsluiten van het gesprek gerefereerd naar de volgende afspraak. Tevens is de afsluiting een moment waarop de arts bevestiging vraagt bij de gespreksdeelnemers of zij akkoord gaan met de gemaakte afspraken.

8 PARTICIPATIE

In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat de structuur van het medische consult invloed heeft op de participatiemogelijkheden van het kind en de ouder: de meeste interactionele handelingen die verbonden zijn aan de structuur moeten immers worden uitgevoerd door de arts. Hij heeft in het gesprek een leidende rol en heeft daarom de mogelijkheid om de participatiemogelijkheden van de gespreksdeelnemers te vergroten. Als we kijken naar de structuur van het controlegesprek en de participatie van de gespreksdeelnemers in het kader van het participatieframe, kan gesteld worden dat er drie mogelijke opties zijn betreft de invulling van de basis van het participatieframe. De arts kan de basis vormen met het kind (zoals in de opening van het gesprek en het eerste gedeelte van de anamnese), de arts kan de basis vormen met de ouder (zoals het tweede gedeelte van de anamnese) of de arts kan in gesprek zijn met zowel de ouder als het kind (bijvoorbeeld tijdens het behandelvoorstel). Merk hierin de rol van de arts op, die in de basis van het participatiekader, vrijwel altijd aanwezig is. De vraag rijst, hoe rollen uit het participatieframe tijdens het gesprek door de gespreksdeelnemers relevant worden gemaakt. Daarbij is het interessant om te kijken naar de rol van de side participant, welke strategieën er door de gespreksdeelnemers gebruikt worden om de side participant in het gesprek te betrekken zodat de basis van het participatieframe verandert. Daarbij is het tevens interessant om te kijken welke functies er binnen de uitspraken van de side participant onderscheiden kunnen worden. Om de rol van de side participant nader te bestuderen lijkt de anamnese, de fase waarin de wisseling binnen het participatieframe door de gespreksdeelnemers wordt gerealiseerd, een geschikte fase om de rol nader te onderzoeken.

Van de zes gesprekken uit het corpus vertonen vier gesprekken tijdens de anamnese een duidelijke scheiding in het participatieframe. Binnen deze vier gesprekken zijn twee mogelijkheden onderscheiden waardoor de side participant betrokken wordt in het gesprek en vervolgens een rol in de basis van het frame vervult. De side participant kan door de spreker, door middel van een zogenoemde huidige-kiest-volgende-techniek geïntroduceerd worden in het gesprek. De wijze waarop de gespreksdeelnemers dit

interactioneel vormgeven, wordt besproken in de volgende paragraaf. Daarnaast kan de side participant zichzelf selecteren tijdens het gesprek. Er zijn dus ook incidentele wisselingen in het participatieframe. In het tweede gedeelte van dit hoofdstuk (8.2) zal dit aan de hand van de diverse sequentiële posities waarin de uitspraken plaatsvinden besproken worden.

8.1 ANDER SELECTIE DOOR DE ARTS

Zoals gesteld oriënteert de arts zich bij de start van het consult op het kind. Hij stimuleert het kind om actief deel te nemen aan het gesprek. Wanneer de arts voldoende informatie heeft ontvangen van het kind, verschuift in vier van de zes gesprekken het participatieframe van spreker en ontvanger van arts-kind naar arts-ouder. Twee gesprekken hebben geen duidelijke scheiding. Daar spreken de ouder en het kind tijdens het eerste geval het gehele gesprek samen met de arts: het aantal keren wisselen van het participatieframe is in dit gesprek vaker dan in de andere gesprekken. In het tweede geval spreekt over het geheel gezien de ouder als woordvoerder voor het kind. Het kind neemt nauwelijks deel aan het gesprek. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat het kind met de leeftijd van zeven tot een van de jongste deelnemers van het onderzoek behoort.

Wanneer er een duidelijke scheiding in wisseling van het participatieframe is, wordt dit door een uitspraak van de arts aangekondigd, zoals in het vorige hoofdstuk onder paragraaf 7.2.2 Tweedeling, uiteen wordt gezet. De arts introduceert de wisseling door middel van de beurttoewijzingstechniek huidige-spreker-kiest-volgende zoals in het volgende fragment wordt geïllustreerd.

Voorbeeld 8-1 (uit: fragment 4 r201 t/m r207)

1. →A: ja? ik ben ook heel benieuwd hoe je
2. moeder daar tegenaan kijkt.
3. (0,5)
4. →A: mag ik haar ook even vragen?
5. (0,6) ((kind knikt ja))
6. A: dankjewel. ((kijkt moeder aan))
7. (0,6)
8. M: de moeder kijkt daar heel anders t
9. tegenaan.=

Dit voorbeeld maakt duidelijk hoe de verschuiving tussen het gedeelte waarin de arts met het kind praat en het gedeelte waarin de arts met de ouder praat interactioneel wordt vormgegeven. De arts gebruikt met de huidige-kiestvolgende-techniek de volgende spreker door een vraag te richten tot een specifieke gespreksdeelnemer. Dit doet hij in het voorbeeld door in de eerste regel waarin hij zich nog richt tot het kind, de woorden *je moeder* te gebruiken. Hiermee kondigt hij de komende verschuiving als het ware al aan. Vervolgens vraagt hij toestemming aan het kind om met de moeder in gesprek te gaan waarna, na goedkeuring, het frame verschuift en de arts met de ouder in gesprek gaat. Opmerkelijk is, net als bij de beschrijving van de tweedeling in het vorige hoofdstuk, dat de arts niet expliciet aan de moeder een vraag stelt als "*hoe kijkt u er tegen-aan?*". De basissequentie (de vraag) blijft uit na de opbouw aan de hand van de pre-sequentie welke de arts richt aan het kind. De impliciete uitnodiging en de non-verbale communicatie, de blikrichting van de arts naar de moeder toe voor het eerstvolgende mogelijke voltooiingspunt, is voor de moeder voldoende om de beurt over te nemen en daarmee op de uitnodiging van de arts in te gaan.

8.2 ZELFSELECTIE DOOR DE OUDER

Naast dat de arts als huidige spreker de ouder kan uitnodigen om aan het gesprek deel te nemen kan de ouder ook zichzelf selecteren. Uit vier van de zes gesprekken, die een duidelijke scheidslijn bevatten, zijn zestien fragmenten gevonden waarin de ouder zich in de eerste fase van de anamnese doormiddel van zelfselectie betreft in het gesprek. Opmerkelijk is dat er geen gevallen gevonden zijn van het kind dat zichzelf selecteert tijdens de eerste fase van het gesprek waarin de arts met de ouder praat.

Naast de sequentiële positie van de uitspraak is tijdens de analyse gekeken naar de functie van de uitspraak van de ouder en het vervolg van het gesprek. Er zijn vijf functies te onderscheiden: het stimuleren van het kind (4x), aanvullen (4x), concretiseren (4x), beargumenteren (3x) en verantwoordelijkheid nemen (1x). Als we kijken naar het doel van het gesprek, het in kaart brengen van de gezondheidsstatus van het kind, kan er opgemerkt worden dat vier van deze functies dit doel ondersteunen. Het kind en de ouder vertellen tijdens de anamnese samen over de gezondheid van het kind. Tijdens de anamnese gericht op het kind vult de ouder aan, beargumenteert en concretiseert de ouder uitingen van het kind en neemt verantwoordelijkheid. Het stimuleren van het kind laat echter iets anders zien. Het laat zien dat de ouder niet alleen een duo kan vormen met het kind, het samen vertellen, maar de ouder kan ook een duo vormen met de arts. Wanneer de ouder met een uitspraak het kind stimuleert om bijvoorbeeld tot een antwoord te komen, ondersteunt de ouder de arts. Dit is vergelijkbaar met de duo-vorming zoals besproken bij het behandelvoorstel in het vorige hoofdstuk.

Wat betreft het vervolg van het gesprek is er gekeken naar de reactie van de arts op de uitspraak van de ouder tijdens de fase waarin de arts en het kind aan het woord zijn. Het eerste gedeelte van het consult staat voor de arts in het teken van het helder in kaart brengen van de situatie van het kind. Om dit te kunnen bereiken, bevraagt de arts in vier van de zes gesprekken eerst het kind en vervolgens de ouder. De informatiestroom is in deze fase dus gericht van de ouder en het kind naar de arts toe: zij moeten de arts samen vertellen hoe de situatie is waaruit de arts vervolgens zijn conclusies kan trekken. Omdat de arts een beslissing moet nemen over het wel of niet aanpassen van de vooraf voorgestelde behandelvoorstel, omdat hij de meeste interactionele handelingen dient uit te voeren, is de reactie van de arts belangrijk. Tijdens de analyse waren er twee mogelijkheden. De uitspraak kon door de arts als ondergeschikt bevonden worden, er wordt interactioneel door de arts niet op in gegaan. De uitspraak kon ook als wezenlijk worden bevonden, wanneer de arts op de uitspraak van de ouder in ging. De vraag of de conversatie dezelfde informatie had opgeleverd wanneer de ouder niets had ingebracht, werd herhaaldelijk gesteld om tot de juiste conclusies te komen.

Deze paragraaf is opgebouwd aan de hand van de sequentiële posities waarin de uitspraken van de ouder gedaan worden. Dit kan schematisch als volgt in beeld worden gebracht:

-
- *Pre-expansie (optioneel) – onderwerp introduceren*

Basissequentie: eerste paardeel – de vraag van de arts

- *Insertie-expansie (optioneel) – uitspraak heeft betrekking op de vraag*

Basissequentie: tweede paardeel – het antwoord van het kind

- *Postexpansie (optioneel) – uitspraak heeft betrekking op het antwoord*
-

Nadat de arts een vraag heeft gesteld als eerste paardeel volgt er een antwoord: het tweede paardeel (8.2.1). Wanneer een gespreksdeelnemer problemen ervaart met het eerste paardeel, De vraag van de arts, volgt er een insertie-expansie om het probleem op te lossen (8.2.2). Wanneer de uitspraak van de ouder betrekking heeft op het tweede paardeel, het antwoord, vindt dit plaats in een postexpansie (8.2.3). Tenslotte is er een uniek voorbeeld waarin de ouder een vraag stelt aan het kind en daarmee zelf het eerste paardeel produceert (8.2.4). De paragraaf wordt afgesloten met het beschrijven van de functies (8.2.5) waarna met paragraaf 8.3 het hoofdstuk wordt afgesloten.

8.2.1 DE OUDER GEEFT ANTWOORD OP DE VRAAG VAN DE ARTS

Waar het grootste gedeelte van de gesprekken een duidelijke scheiding vertoont, zijn er twee gesprekken die dat niet hebben. Van de zestien fragmenten die zijn gevonden in de gesprekken waar wel een duidelijke scheiding aanwezig is, zijn er drie fragmenten waarbij de ouder antwoord geeft op een vraag, dus op de sequentiële positie van het tweede paardeel. In een gesprek die geen duidelijke scheiding vertoont, treedt de ouder op als woordvoerder voor het kind.

Ondanks dat de arts zich tijdens de aanvang van het gesprek oriënteert op het kind en herhaaldelijk pogingen doet om hem actief bij het gesprek te betrekken, lukt het niet om een gesprek met het kind aan te knopen. Doordat het kind is gaan spelen in de behandelkamer van de arts is het kind letterlijk en figuurlijk buiten beeld en is het zichtbaar lastiger voor de arts om hem te betrekken in het gesprek. Daarnaast geeft de moeder in het begin van het gesprek een aantal keren aanvullende informatie als reactie op het antwoord van het kind in de sequentiële positie van de postexpansie, dat zich uit als antwoord op de vraag, het tweede paardeel. Opmerkelijk is dat deze uitspraak samenvalt met de uitspraak van de arts.

Voorbeeld 8-2 (uit fragment 6 r15 t/m 25)

1. A: ik wil graag eerst even weten hoe
2. het met jou is e:h [naam kind].
3. (1,1) ((*snuift*))
4. K: goed,
5. (.)
6. A: gaat goed met jou? [nou daar ben ik
7. →M: [JA ALLEEN de
8. A: heel blij om.
9. M: oren moeten uitgespoten worden die
10. zitten een beetje verstopt [en dan
11. A: ((*kijkt kind aan*)) [oei
12. M: kan hij zo moeilijk luister[en.
13. A: [oei .Hhh
14. A: dat is niet mijn afdeling dus daar
15. kan ik niet [mee verder helpen.
16. M: [heb je geluk hē? zei
17. ik al hē? dan moeten we naar de ka::
18. en o:: arts,

Dit voorbeeld illustreert hoe de moeder zichzelf selecteert wanneer de arts probeert het kind te betrekken in het gesprek. Het fragment begint met de vraag van de arts aan het kind waarop het kind in regel vier antwoord geeft. De arts reageert in regel zes aan het begin van zijn beurt met het herhalen van de vraag waarna hij een reactie geeft op het antwoord. De moeder geeft antwoord op de herhaalde vraag van de arts en bevestigt daarmee het antwoord van het kind. De uitspraak van de moeder heeft niet alleen betrekking op het antwoord van het kind, de uiting wordt tevens aan de hand van de uiting van het kind vormgegeven. De moeder vult het antwoord aan met nieuwe informatie, namelijk dat de oren van het kind uitgespoten moeten worden. Merk daarbij de formulering van de beurt van de

moeder op. Ze begint haar beurt met het woord *ja*, wat het antwoord van het kind bevestigt. Vervolgens geeft ze aanvullende informatie die het antwoord *goed*, van het kind, nuanceert. De reactie van de moeder vindt plaats in de sequentiële positie van de postexpansie, de arts herhaalt namelijk als reactie op het antwoord van het kind de vraag, wat tevens gezien kan worden als een eerste paardeel. De reactie van de moeder kan dus als tweede paardeel, het antwoord op de vraag, geanalyseerd worden. Doordat de moeder antwoord geeft op de vraag van de arts wordt er een gedeelte tegelijk gesproken waardoor een postcontinueringsoverlap ontstaat. De arts gaat door na een mogelijk voltooiingspunt terwijl de moeder tijdens het begin van die voortzetting met de volgende beurt begint.

Na ongeveer anderhalve minuut geeft de arts zijn pogingen om het kind bij het gesprek te betrekken op. Het participatiefraam verschuift van arts en kind naar arts en ouder. In het gesprek wordt dat zichtbaar doordat de arts het gesprek vervolgt met de ouder door vragen over het kind in de derde persoon aan de ouder te stellen.

Voorbeeld 8-3 (uit fragment 6 r54, 55)

1. A: oke. >en hoe< wanneer wordt hij
2. wakker wordt hij 's ochtends wakker
3. omdat hij benauwd is?

Op de video is te zien dat de arts tevens zijn blikrichting verandert en daarmee ook non-verbaal laat zien dat hij deze vraag, en komende vragen, aan de ouder stelt. Het gesprek wordt dus vervolgd met de ouder en de arts als basis van het participatiefraam. Het kind neemt de rol van side participant op zich. Aan de ene kant kan gesteld worden dat dit automatisch het geval is: wanneer de arts en de ouder met elkaar in gesprek zijn, wordt het kind automatisch side participant. Aan de andere kant kan gesteld worden dat het gesprek en de rollen binnen het participatiefraam, gezamenlijk relevant gemaakt worden. Wanneer het kind met het speelgoed gaat spelen, betreft hij zichzelf ook niet bij het gesprek. Participatie wordt dus relevant gemaakt door alle gespreksdeelnemers, zoals in de inleiding van dit onderzoek tevens geschetst wordt.

Wanneer de ouder een reactie geeft op de vraag van de arts kan de arts in tegenstelling tot het vorige voorbeeld, na het geven van het antwoord ook weer teruggaan naar het kind.

In het onderstaande fragment wordt dat geïllustreerd. De ouder geeft in het fragment antwoord op de vraag van de arts, die eerder in het gesprek gesteld is. Het kind heeft hier ook al antwoord op gegeven. Het antwoord van de moeder dat later in het gesprek volgt, geeft de indruk van een eerste paardeel, aangezien het lijkt alsof zij een nieuw onderwerp introduceert. Dat doet zij ook, maar niet als eerste paardeel. Ze geeft antwoord op de vraag '*gebruik je nog medicijnen?*' van de arts. Daarbij is noemenswaardig dat de vraag oorspronkelijk gericht is aan het kind. De moeder geeft als aanvulling dus een extra antwoord.

Voorbeeld 8-4 (uit fragment 3 r168 t/m 175)

1. M: en e::h ↑oogdruppels.
2. A: oke
3. M: want hij eeh gaat wrijven en hij
4. maakt zijn hele ogen kapot.
5. A: oke[·hHh
6. M: [ja
7. →A: en en eeh ben je t↑evreden over dat
8. pilletje en die oogdruppels gaat het
9. goed genoeg of [of
10. K: [ja maakt maakt mij
11. niks uit

In de eerste regel van het fragment is het antwoord van de moeder te zien. Ze vult daarmee de reeds genoemde medicijnen (puffe en pilletje) aan. Noemenswaardig is de reactie van de arts. Met het woord *oke* laat hij interactioneel zien dat hij de uiting van de moeder heeft gehoord maar hij verbindt daar geen evaluatie aan. Ook wanneer de ouder in regel drie de reden noemt waarop het kind het medicijn gebruikt, reageert de arts hetzelfde. Interessant is de wijze waarop het gesprek teruggaat naar het kind, de wijze waarop de arts interactioneel laat zien dat het kind de ontvanger is en de ouder terug komt in de rol van side participant. Dit doet hij door een vraag te stellen aan het kind, waarbij de toegevoegde informatie van de moeder door de arts is meegenomen. Door het kind aan te spreken met *je*, maakt de arts interactioneel samen met de blikrichting duidelijk dat de uitspraak op het kind gericht is. Op basis van het bovenstaande fragment kan gesteld worden dat wanneer de ouder iets toevoegt aan het gesprek, het eerst door het kind interactioneel relevant moet worden gemaakt (ofwel, het kind moet het eerst bevestigen) voordat de nieuwe informatie door de arts geaccepteerd wordt.

Het volgende fragment laat een andere, interessante observatie zien. Wanneer er meer mensen deelnemen aan het gesprek, lijken er, ondanks dat de anamnese gericht is aan het kind, ook meerdere mogelijkheden te zijn om antwoord te geven. Het volgende fragment laat zien dat zowel de vader als zijn dochter, antwoord geven op de vraag die de arts tijdens de anamnese stelt.

Voorbeeld 8-5 (uit fragment 5 r220 t/m 225)

1. A: ·Hh hé en jij gebruikt dit apparaat
2. volgens mij he?
3. ((trekt la open))
4. (.)
5. A: tatadada::,
6. dez[e. ((kijkt naar het kind))
7. K: [(kind knikt instemmend))
8. V: [ja,((kijkt naar kind))

Wanneer de arts het nieuwe onderwerp ‘medicijnen’ introduceert, ondersteunt hij dit door ze aan het kind te laten zien en vervolgens te vragen of zij dit medicijn inderdaad gebruikt. Ondanks dat de formulering van de vraag niet laat zien dat het gericht is op het kind, vindt het wel plaats in het eerste deel van de anamnese. Echter, de vader selecteert zichzelf in regel zes om samen met het kind antwoord te geven op de vraag. In dit fragment kan het gezien worden als een vertaling: het kind knikt en de vader zegt het antwoord. Daarbij is het opmerkelijk dat zowel de arts als de vader wanneer het antwoord gegeven wordt, naar het kind kijken. Omdat er meerdere gespreksdeelnemers zijn er meerdere mogelijkheden om antwoord te geven.

8.2.2 UITING VAN DE OUDER HEEFT BETREKKING OP DE VRAAG

Wanneer de ouder een ‘probleem’ heeft met het eerste paardeel, de vraag van de arts, uit de ouder dat in de insertie-expansie. Binnen deze sequentiële positie van de insertie-expansie wordt dit probleem vervolgens door de gespreksdeelnemers opgelost. In twee van de zestien fragmenten waarin de ouder zichzelf selecteert, vindt de uitspraak plaats op deze sequentiële positie. Noemenswaardig is dat beide uitspraken van de ouder in deze sequentiële positie, een stimulerende functie hebben. In deze subparagraaf is er dan ook voor gekozen om dit aan de hand van het beste voorbeeld te laten zien.

Het onderstaande voorbeeld illustreert het fenomeen van een insertiesequentie waarin de ouder aangeeft een ‘probleem’ te hebben met het eerste paardeel, de vraag van de arts. Voorafgaande aan dit fragment is er al een aantal vragen door de arts gesteld om een beeld de krijgen van de gezondheidssituatie van het kind. Wanneer de arts vraagt hoe het gaat, antwoordt het kind met *goed*. Vervolgens probeert de arts dit te specificeren door aan het kind de vragen wat hij hier precies mee bedoelt. Het kind antwoordt dat het *gewoon goed gaat*, er *niks gebeurt*, dat hij *gewoon alles kan doen* zonder dat hij klachten ervaart. Voor de arts is dit nog niet specifiek genoeg, hij vraagt daarom vervolgens in de eerste regel van het onderstaande voorbeeld aan het kind om een voorbeeld te geven. De moeder reageert nadat het kind een poging heeft gedaan om een antwoord te geven met een uiting die de uiting van de arts concreetiseert.

Voorbeeld 8-6 (uit: fragment 3 r64 t/m73)

1. A: ·HHhh en wat kun je allemaal doen
2. zonder dat je der last van hebt, kun
3. je daar een voorbeeld van geven.
4. (2,3)
5. K: Hhmm:
6. (5,8)
7. →M: wat is alles?
8. K: °alles is [alles°
9. A: [alles dus je kunt zeg
10. maar als je gaat voetballen op
11. straat dan kun je daar heb je geen
12. K: [ja
13. A: last va[n,
14. K: [°nee°

De lange stiltes die vallen in regel vier en zes en het uitblijvende antwoord van het kind, zijn wellicht een aanleiding voor de moeder om in regel zeven het kind een vraag te stellen. Het doel van deze uiting is om het kind te stimuleren, zelf te vertellen en zelf een antwoord op de vraag van de arts te geven. Dat is een interessante observatie omdat, zoals gesteld, de ouder niet alleen het kind tracht te stimuleren om zelf antwoord te geven, maar tevens laat zien de arts te ondersteunen. Met deze uitspraak lijkt de ouder een duo te vormen met het kind, zoals in het vorige hoofdstuk bij het behandelvoorstel ook voorkomt. Dat blijkt uit de stimulerende functie van de uitspraak richting het kind waarmee de moeder het kind probeert te

stimuleren om antwoord te geven op de vraag van de arts. Daarbij is de formulering van de beurt van de moeder opmerkelijk. Ze gebruikt voor het stellen van de vraag het antwoord van het kind om deze vraag vorm te geven, zoals in voorbeeld 8-2 ook het geval is.

Deze uitspraak is geanalyseerd als insertiesequentie: de uitspraak van de ouder is een verduidelijking en heeft betrekking op het eerste paardeel, namelijk de vraag van de arts in regel twee. Daarnaast kan gesteld worden dat de uitspraak ondergeschikt is. De uitspraak van de moeder geeft geen wezenlijk verschil aan de conversatie: het lukt de arts uiteindelijk zelf om in regel acht door middel van voorbeelden, alsnog antwoord op zijn vraag te krijgen. Noemenswaardig is dat het andere geval in deze categorie, met dezelfde stimulerende functie en dezelfde sequentiële positie, als ondergeschikt is geanalyseerd.

8.2.3 UITING VAN DE OUDER HEEFT BETREKKING OP HET ANTWOORD

Wanneer de ouder een 'probleem' ervaart met het antwoord dat door het kind wordt gegeven op de vraag van de arts, uit zich dit in de sequentiële positie van de postexpansie. Van de zestien fragmenten waarin de ouder zichzelf selecteert, vinden er tien fragmenten plaats op deze sequentiële positie. Dat is opmerkelijk, de uitingen van de ouder vloeien dus voornamelijk voort uit de uiting, het antwoord, van het kind. Daarbij kan gesteld worden dat, op één fragment na, alle fragmenten gericht zijn aan de arts en een aanvullende, argumenterende of concretiserende functie hebben. De sequentiële positie van de uitingen samen met de functies laat ons zien dat de uitspraken van de ouder als side participant, een ondersteunende functie ten opzichte van het kind hebben. Daarnaast is het noemenswaardig dat alle uitingen van de ouder met een ondersteunende functie naar het kind toe, interactioneel door de arts als wezenlijk beschouwd worden. Na de uiting van de ouder, gebruikt de arts de nieuwe informatie die door de ouder wordt aangedragen om het gesprek te vervolgen.

Voorafgaande aan het onderstaande fragment stelt de arts de vraag over de medicijnen. Hij vraagt welke medicijnen het kind precies gebruikt en laat deze ook aanwijzen. De arts vervolgt het gesprek met een vraag over de frequentie van

het medicijngebruik. De ouder concretiseert met haar reactie het antwoord van het kind.

Voorbeeld 8-7 (uit: fragment 1 r224 t/m r236)

1. A: ·hH is dit niet zo dat je deze elke
2. dag gebruikt.
3. K: nee.
4. (0,4)
5. A: °oke°.
6. (0,5)
7. →M: voor de vakantie wel. ((*kijkt kind*
8. *aan*))
9. (0,2)
10. A: ja=
11. K: =[ja
12. M: =[ja
13. →A: maar je bent er nu mee gestopt.
14. (1,9)((*kind knikt ja*))
15. →A: >en heb je het gevoel dat het
16. verschil maakt?< °met of zonder
17. deze medicijnen,°

In de eerste regel van het bovenstaande voorbeeld stelt de arts een vraag in de vorm van een stellingname die negatief geformuleerd is. In regel drie bevestigt het kind de stellingname, hij geeft een geprefereerd antwoord op de vraag, het tweede paardeel. In regel vijf reageert de arts op het antwoord van het kind in de derde positie afsluiter. De moeder selecteert zichzelf in regel zeven en vult het antwoord aan dat het kind in regel drie heeft gegeven door nieuwe, wezenlijke, informatie toe te voegen. De uitspraak van de moeder voegt niet alleen informatie toe, het spreekt het antwoord van het kind tevens tegen. Namelijk, dat het kind voor de vakantie wél medicijnen gebruikte. Daarbij is het opvallend dat de moeder het kind aankijkt wanneer ze dit zegt. De uitspraak waarin de moeder de uitspraak van haar zoon concretiseert, is wezenlijk voor de conversatie. Dit wordt duidelijk in regel dertien, na de bevestiging van de moeder en het kind in regel elf en twaalf. De arts vraagt daar nogmaals om bevestiging. In regel vijftien, waarin de arts vraagt of er verschil is met of zonder medicijnen, laat de arts zien dat hij de nieuwe informatie die de moeder heeft ingebracht, gebruikt om informatie in te winnen over de gezondheidsstatus van het kind. Ook in dit fragment wordt zichtbaar dat de arts de informatie pas accepteert, nadat het kind dit heeft bevestigd. Het kind

blijft, ondanks de incidentele wisseling van het participatieframe, in het gesprek centraal staan.

Wanneer de ouder zichzelf selecteert tijdens de postexpansie geeft hij of zij aan een probleem te hebben met het tweede paardeel. Waar de ouder in het vorige fragment een uiting deed om het antwoord van het kind aan te vullen, neemt de ouder in het volgende fragment de verantwoordelijkheid op zich wanneer er door de arts gevraagd wordt wat de naam is van het medicijn dat het kind gebruikt wanneer hij last heeft van allergische klachten.

Voorbeeld 8-8 (uit fragment 3 regel 143 t/m 147)

1. A: pilletje hoe ↑heet dat pilletje weet
2. je dat?
3. K: °nee°
4. (1.0)
5. M: °dat heb ik ook niet meegenomen°

Het bovenstaande fragment start met de uiting van de arts waarin hij aan het kind vraagt wat de naam is van het medicijn. In het tweede paardeel produceert het kind het antwoord op de vraag, een negatief antwoord. De moeder reageert in regel vijf met een uiting waarin ze de verantwoordelijkheid op zich neemt, na een relatief lange stilte. Het is een reactie op het antwoord van het kind in de postexpansie. Ze verontschuldigt zich en laat met de uitspraak zien solidair met het kind te zijn. In het fragment dat volgt, breidt deze verantwoordelijkheid zich uit wanneer de arts en de ouder samen proberen alsnog de naam van het medicijn boven tafel te krijgen.

8.2.4 DE OUDER STELT DE VRAAG

Naast dat de ouder zichzelf kan selecteren wanneer hij antwoord geeft op de vraag, een 'probleem' heeft met de vraag of het gegeven antwoord, kan de ouder ook zelf het eerste paardeel (een vraag) produceren. In dit unieke voorbeeld introduceert de ouder een nieuw topic en stimuleert de uitspraak het kind om de arts te vertellen welke klachten hij ervaart.

Voorbeeld 8-9 (uit fragment 3 r126 t/m 136)

1. A: ·hh en je kunt eigenlijk alles doen
2. >je hebt eigenlijk< behalve
3. dat je dan 's avonds dat gebruikt
4. (.) merk je ↑niks van dat er iets
5. met je longen °aan de hand is°.
6. K: ja
7. A: oke=
- 6.→M: =heb je ook nooit last van andere
9. dinge? () allergieën enzo?
10. K: °ja ik ben heel vaak verkouden°
11. M: ja he,
12. K: °'s ochtends dan ben(onverstaanbaar)
13. snotteren°
- 14.→A: ↑elke ochtend?
15. K: ja

Het voorbeeld begint met een conclusie van het gesprek tot dan toe. In regel zes bevestigt het kind de conclusie van de arts waarna de arts hierop reageert in regel zeven. De ouder stelt, aansluitend op de uitspraak van de arts in regel zeven, een suggestieve vraag aan het kind waarmee de ouder het eerste paardeel en een nieuw topic introduceert. Het kind geeft in regel tien antwoord op de vraag dat de ouder in de volgende beurt bevestigt in regel elf. Noemenswaardig is de wijze waarop de arts het nieuwe topic overneemt en hierop doorvraagt in regel veertien.

8.3 DEELCONCLUSIE

In dit hoofdstuk staat de participatie van de side participant tijdens de anamnese centraal. In het theoretisch kader is gesteld dat de side participant door middel van twee strategieën in het gesprek kan worden betrokken: door de strategie huidige-kiest-volgende en door zichzelf te selecteren. Dit komt overeen met de strategieën die door de side participant in het corpus worden gebruikt.

Om de rol van de side participant nader te bestuderen, is de fase waarin de anamnese door de arts met beide gespreksdeelnemers wordt afgenomen, nader bestudeerd. Daarbij valt allereerst op dat alleen de ouder als side participant zichzelf tijdens het gesprek selecteert. Wanneer de arts met de ouder in gesprek is, selecteert het kind zichzelf niet.

De ouder selecteert zichzelf voornamelijk in de sequentiële positie van de postexpansie: de uiting van de ouder heeft veelal betrekking op het antwoord dat het kind geeft op de vraag van de arts. In deze positie vult de ouder het antwoord aan, concretiseert en beargumenteert de ouder het antwoord en neemt de ouder verantwoordelijkheid. Na de incidentele wisseling van het participatieframe, komt de basis van het frame weer terug bij de arts en het kind. Wanneer de ouder nieuwe informatie aanlevert voor het gesprek wordt dit door de arts pas als wezenlijk beschouwd als het kind de informatie bevestigde. Dat is tevens de wijze waarop het gesprek terug gaat naar het kind: de arts stelt een vraag over de informatie die de ouder inbracht welke door het kind bevestigd wordt zodat de arts de nieuwe informatie als het ware kan accepteren. De functie 'stimuleren van het kind' wordt slechts eenmaal geuit in de sequentiële positie van de postexpansie en wordt voornamelijk geuit in de sequentiële positie van insertie-expansie, ofwel, als reactie op de vraag van de arts. Noemenswaardig is dat de stimulerende functie door de arts als ondergeschikt wordt beschouwd. Dat is interessant, aangezien de ouder door de uitspraak met een stimulerende functie laat zien de arts te ondersteunen. De ouder mag het kind tijdens het medische consult ondersteunen maar het stimuleren van het kind en uitingen van de ouder in de vorm van een vraag, het antwoord of als reactie op de vraag wordt door de arts minder gewaardeerd.

9 ILLUSTRATIES: GESPREKSPARTNER LATEN INLEVEN

In het theoretisch kader hebben we gezien dat zowel de patiënt als de arts de rol van expert tijdens het medische consult aan kan nemen. De arts vanwege zijn medische kennis, het kind vanwege zijn subjectieve ervaringen van zijn ziekte. Door gebruik te maken van illustraties kan de expert (de arts), moeilijke medische termen uitleggen aan de patiënt. De setting arts-ouder-kind maakt dit thema extra relevant. Het kind is immers minderjarig en, zoals *Tates (2009)* stelt, is deelname aan beslissingen op het terrein van ziekte en gezondheid tevens formeel vastgelegd. Wanneer het kind twaalf jaar of ouder is, is van belang dat het kind kennis neemt van zijn ziekte en de voorgestelde behandeling en dat hij begrijpt waar het gesprek over gaat. Hoewel de kinderen die in dit onderzoek meedoen de leeftijd van twaalf jaar nog niet hebben bereikt, en het dus niet wettelijk is vastgelegd dat zij kennis nemen van de ziekte en de voorgestelde behandeling, stelt *Tates (2009)* tevens dat kinderen in de gelegenheid gesteld moeten worden om hiermee te oefenen en ervaring op te doen.

Gulich (2003) onderscheidt vier strategieën waarmee de expert zijn expertise interactioneel relevant kan maken: het gebruik van een scenario, voorbeeld, concretisering of metafoor. Met deze uitingen laten de gespreksdeelnemers elkaar niet alleen zien hoe zij zichzelf binnen het gesprek positioneren, het laat ook zien hoe de gespreksdeelnemers elkaar inschatten. In het onderzochte materiaal blijken de illustraties van de gespreksdeelnemers echter geen strategie te zijn om expertise te tonen. De arts, ouder en het kind gebruiken diverse vormen van illustraties voornamelijk om elkaar in te laten leven in een bepaalde situatie.

9.1 THEORIE VERSUS PRAKTIJK

De specifieke context waarin het controlegesprek plaatsvindt, heeft invloed op de soort illustraties die door de gespreksdeelnemers tijdens het medische consult worden geuit.

Wanneer het kind en/of de ouder meer informatie nodig heeft over astma en bijvoorbeeld het medicijngebruik, wordt er een afspraak gemaakt met de kinderonverpleegkundige. Het gevolg is dat de metafoor, zoals deze in het onderzoek van *Gulich* wordt beschreven in het corpus dat voor dit onderzoek gebruikt is, nauwelijks voorkomt. Daarnaast is opmerkelijk dat de functie van de metaforen in dit corpus in tegenstelling tot de metaforen uit het onderzoek van *Gulich*, een andere functie hebben. De geanalyseerde metaforen in dit onderzoek hebben een concluderende en argumenterende functie. Het corpus van *Gulich (2003)* bevat voornamelijk metaforen met als functie het uitleggen van moeilijke, medische termen of ingrepen zoals een bypassoperatie van het hart, die vergeleken kan worden met een bypass (omleiding) in het verkeer.

Er zijn slechts twee voorbeelden gevonden: een door de arts en de ander wordt door de geuit. Noemenswaardig is dat de metafoor in beide gevallen niet gebruikt wordt zoals *Gulich (2003)* stelt. Beide metaforen worden niet gebruikt om een medische term te versimpelen maar de metafoor van de ouder wordt gebruikt als argument om het voorstel van de arts te ondersteunen, de metafoor van de arts als conclusie zoals in het onderstaande fragment. Het fragment is afkomstig uit een gesprek waarbij duidelijk wordt dat het kind, afgezien van het feit dat ze medicijnen gebruikt, veel klachten blijft houden. Nadat de arts naar de longen van het kind heeft geluisterd, opent hij in het begin van het fragment de evaluatie waarin hij concludeert dat de klachten zich inderdaad lichamelijk voordoen: het verhaal correspondeert met het lichamelijk onderzoek.

Voorbeeld 9-1 (uit fragment 4 r645 t./m 654)

1. A: hhh ik hoor het ook hoor, ik hoor
2. dat de uitademing een beetje langer
3. duurt dan de i- dan dan [(onver
4. [(stoelen
5. staanbaar)
6. schuiven))
7. A: wat dat betreft 't
8. (1,2)

9. M: correspond[ert het verhaal wel e:h
 10. →A: [het plaatje is wel
 11. allemaal wel eh wel compleet.=
 12. M: =ja.

De arts laat in zijn beurt aan het begin van het fragment al zien dat de informatie die de ouder tijdens de anamnese heeft gegeven, overeenkomt met het lichamenlijk onderzoek. Door het woord *ook*, in de zin *ik hoor het ook hoor*, refereert hij daar naar. Het fragment vervolgt met een uitspraak van de arts waarin hij in regel zeven de conclusie die in de eerste beurt van het fragment stelt gedeeltelijk herhaalt. Er valt een stilte in regel acht waardoor een mogelijkheid gecreëerd wordt om de beurt over te nemen. De moeder doet dat in regel negen waarna, vrijwel tegelijk, de arts zijn beurt afmaakt met de metafoer *het plaatje is compleet*. De metafoer wordt in dit kader dus niet gebruikt om medische termen te versimpelen maar is algemeen taalkundig, een vorm van beeldspraak en wordt door de arts gebruikt om zijn conclusie vorm te geven.

Dat illustraties door de gespreksdeelnemers niet gebruikt worden om expertise tot uitdrukking te brengen en medische termen te versimpelen, betekent echter niet dat er helemaal geen gebruik wordt gemaakt van de vormen van illustraties zoals Gülich dit beschrijft. De illustraties worden door de gespreksdeelnemers wel gebruikt maar uitsluitend op een andere wijze toegepast en met een ander doel. Namelijk: de gesprekspartner laten inleven in een bepaalde situatie. Om dit te realiseren worden het voorbeeld en het schetsen van een scenario als illustratievorm

door de gespreksdeelnemers het meest frequent toegepast.

Tijdens de gesprekken wordt door de gespreksdeelnemers in totaal 63 keer een vorm van illustratie gebruikt. Daarvan worden 29 fragmenten geuit door de arts, 21 door de ouder en 13 door het kind. De ouder en het kind gebruiken het voorbeeld veruit het meest, de arts het schetsen van een scenario. In totaal worden er door de gespreksdeelnemers 28 voorbeelden gegeven en 35 scenario's geschetst. De illustraties worden verdeeld over het gesprek geuit, al concentreren de uitingen zich met name tijdens de anamnese.

Er zijn in totaal 7 functies binnen de voorbeelden en scenario's onderscheiden. Namelijk: beschrijven, argumenteren, concretiseren, het ondersteunen van een vraag, uitleggen, het trekken van een conclusie en het doen van een voorstel. Opvallend is dat de ouder en het kind beide al hun uitingen richten aan de arts. Het merendeel van de uitspraken van de arts wordt gericht aan het kind. 23 fragmenten worden door de arts gericht aan het kind, 6 aan de ouder. Deze gegevens worden schematisch weergegeven in de tabellen 4, 5 en 6.

	Scenario	Voorbeeld	Totaal
Arts	17	12	29
Ouder	6	15	21
Kind	5	8	13
Totaal	28	35	63

Tabel 4 Illustratietechnieken

Fase	Opening		Anamnese		Behandelaarvoorstel		Evaluatie	
	Voorbeeld	Scenario	Voorbeeld	Scenario	Voorbeeld	Scenario	Voorbeeld	Scenario
Arts	1		5	11	3	4	3	2
Ouder			12	4	3	2		
Kind			7	5	1			
Totaal	1	-	24	20	7	6	3	2

Tabel 5 Illustratietechnieken: fasen.

Functie	Vraag		Argument		Uitleg		Voorstel		Beschrijven		Concreet		Conclusie	
	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S
Arts	4	10	5	2		5	2						1	
Ouder	2	2	11						2	4				
Kind			1						6	5	1			
Totaal	6	12	17	2	-	5	2	-	6	9	1	-	1	-

Tabel 6 Illustrietechnieken: functie (V = voorbeeld, S = scenario).

Als we naar de bovenstaande tabellen kijken waarin de gegevens van de gesprekken schematisch zijn weergegeven, vallen er direct een aantal dingen op. Allereerst valt op dat de voorbeelden en scenario's die door de gespreksdeelnemers gebruikt worden, met name tijdens de anamnese worden geuit. Dit ondersteunt het doel van de illustraties: de gesprekspartner laten inleven in een bepaalde situatie. Zowel de arts als het kind en de ouder gebruiken de twee vormen van illustraties om een situatie aan elkaar duidelijk te maken. Als we de functies van de illustraties koppelen aan de fase waarin de twee vormen van illustraties veelal voorkomen, kan er gesteld worden dat in deze fase de arts aan de hand van voorbeelden voornamelijk vragen stelt, het kind aan de hand van voorbeelden en scenario's situaties beschrijft en de ouder de beschrijvingen van het kind ondersteunt door het geven van voorbeelden met een argumenterende functie. Dit bevestigt het beeld dat naar voren komt in het vorige hoofdstuk, waarin de participatie van de gespreks-deelnemers centraal staat. De ouder participeert met name in de sequentiële positie van de postexpansie. De uiting van de ouder is veelal gericht op het antwoord van het kind en heeft tevens een ondersteunende functie.

In het vervolg van dit hoofdstuk zal aandacht besteed worden aan de wijze waarop de arts, ouder en het kind het voorbeeld en het scenario interactioneel vormgeven en zullen de diverse functies van de illustraties aan de hand van voorbeelden nader worden toegelicht. Omdat beide vormen van illustratie veel overeenkomsten vertonen, worden zij in de volgende paragraaf samen besproken.

9.2 MEEST VOORKOMENDE ILLUSTRATIEVORMEN: VOORBEELDEN EN SCENARIO'S

Zoals gesteld is het overkoepelende doel van het gebruik van voorbeelden en scenario's door de gespreksdeelnemers, het in laten leven van de gesprekspartner in een bepaalde situatie. Omdat beide vormen van illustratie hetzelfde doel dienen en omdat Göllich in de publicatie van haar onderzoek geen concrete uitleg geeft over welke elementen beide vormen van illustratie karakteriseert, blijken de scenario's en de voorbeelden lastig van elkaar te onderscheiden. Aan de hand van de analyse kunnen echter wel een aantal elementen worden aangewezen. Gesteld kan worden dat voorbeelden refereren voornamelijk naar concrete gebeurtenissen uit het dagelijkse leven van de gesprekspartner.

De gebeurtenissen kunnen zowel in het verleden hebben plaatsgevonden als in het hier en nu en de toekomst plaatsvinden. Scenario's refereren naar algemene (fictieve) situaties en generalisaties vanuit een bepaald script. Bijvoorbeeld dat kinderen over het algemeen tikkertje spelen of dat zij, wanneer zij naar school gaan, een speelkwartier hebben. Dit verklaart waarom de arts ten opzichte van de ouder en het kind, vaker scenario's gebruikt. Hij refereert voornamelijk naar mogelijke situaties vanuit een algemeen perspectief omdat hij het kind niet goed genoeg kent. De ouder en het kind kunnen daarentegen wel voorbeelden geven uit het dagelijkse leven. Daarnaast is er een verschil in functie van de illustraties. Het voorbeeld wordt door de gespreksdeelnemers voornamelijk als ondersteuning voor een vraag of beschrijving gebruikt. Het schetsen van een scenario ter ondersteuning van een argument en het geven van een beschrijving. Ondanks de beschreven kenmerken van beide vormen van illustratie, blijft de beschreven uitleg abstract en vertoont het veel overlap.

Er blijkt er geen standaard te zijn. In deze paragraaf zullen de voorbeelden en scenario's vanuit de verschillende rollen van het arts-ouder-kind gesprek toegelicht worden.

9.2.1 ILLUSTRATIEVORM: VOORBEELD

VOORBEELD DOOR DE ARTS

Het geven van een voorbeeld bij het stellen van een vraag wordt door de arts gebruikt om de vraag binnen een specifieke context te plaatsen: 'gebeurt er x in situatie y?' of, 'krijg je het benauwd wanneer je gaat rennen?'. Deze combinatie komt binnen de voorbeelden van de arts vier keer voor.

Functie: ondersteunen van een vraag

Het onderstaande fragment illustreert de vormgeving van een voorbeeld door de arts. In het fragment probeert de arts de gezondheidssituatie van het kind in kaart te brengen. Een veel gebruikte manier om dit te realiseren is door het stellen van een vraag waarbij een voorbeeld wordt gebruikt als ondersteuning. Door het gebruik van het voorbeeld probeert de arts het kind in te laten leven in een bepaalde situatie zodat hij aan de hand daarvan na kan gaan hoe het met de gezondheid van het kind is gesteld.

Voorbeeld 9-2 (uit fragment 1 R155 t/m 159)

1. →A: =nee .hhh en heb je wel eens dat je
2. niet naar voetBALLEN kunt of niet
3. naar school kunt omdat je (0,3)
4. °benauwd bent of dat je last hebt.°
5. (0,8) ((non-verbale reactie:
6. kind schudt nee))
7. A: °nee.°

De eerste regel van het fragment opent de arts met de vraag waarin hij met een voorbeeld verwijst naar het onderwerp 'voetballen', dat eerder tijdens het gesprek ter sprake is gekomen. Het voorbeeld is gericht op een concrete gebeurtenis uit het verleden en zorgt voor een specifieke context waarin iets gebeurd zou kunnen zijn. In de specifieke context van het naar voetballen en naar school gaan, stelt de arts de vraag of het kind last heeft of benauwd is. Vervolgens stelt de arts eigenlijk nog een vraag, namelijk de vraag van de ernst van de klachten, of de klachten zo erg zijn dat het kind iets niet kan doen. Dat hij door de klachten niet naar school of naar voetbal kan gaan.

Merk op dat de vraag door de arts in de tegenwoordige tijd wordt gezet. Hij vraagt niet zoiets als 'is het voorgekomen dat je niet naar voetballen kon omdat je benauwd was?' maar hij zet het in een tegenwoordige tijd. Door de woorden 'heb je wel eens.' stelt de arts de vraag in een algemeen kader dat het scenario in deze uiting benadrukt. Het naar school gaan is immers een algemeen kader en wordt in deze uiting door de arts in combinatie met een voorbeeld gebruikt. De vraag wordt door de arts als een tweedeling gesteld. Door de opties *benauwd* en *last* gemarkeerd door het woord *of* te noemen, stelt hij het kind een vraag dat in een algemeen kader is geplaatst: hij verlengt de huidige vraag met een alternatief. Daarnaast is opmerkelijk hoe de arts de vraag vormgeeft. De vraag wordt namelijk niet gesteld als een vraag, met een omhooggaande beweging aan het einde van de zin de vormgeving van een vraag karakteriseert. De vraag wordt door de arts als een stelling aan het kind gepresenteerd.

In het volgende fragment wordt tevens het voorbeeld als ondersteuning voor de vraag gebruikt. We kijken daarvoor nogmaals naar een fragment uit de opening van een gesprek, waarbij de arts aan het kind vraagt wat voor soort dokter hij wil worden.

Voorbeeld 9-3 (uit fragment 2 regel 19 t/m 29)

1. A: >en je wordt later ook dokter<.=
2. K: =ja
3. A: ·Hh en >wat voor soort dokter wil je
4. worden< word je dan een
5. e::h e::h ja je hebt je hebt
6. snijdende dokters he, die zijn
7. altijd aan het opereren en je hebt
8. praatdokters,
9. (0,5)
10. A: wat wat is jouw eh
11. (0,4)
12. K: praatdokters
13. (.)
14. A: praatdokters he? ja dat is leuk man.

Het voorbeeld wordt met de vraag gecombineerd in regel vijf van het fragment. De arts stelt voorafgaande in regel drie de vraag, in regel vijf geeft hij aan de hand van het voorbeeld twee opties namelijk, *snijdende dokters* en *praatdokters*.

Er kan gesteld worden, dat de vraag al afgerond is in regel drie. De vraag *wat voor soort dokter wil je worden*, had ook volstaan. De arts kiest ervoor om een voorbeeld aan de vraag toe te voegen om het kind een suggestie te geven voor een mogelijk antwoord. Dit voorbeeld schetst geen situatie waarin een kind klachten ervaart. Het wordt gebruikt in de situatie als het kind later arts wil worden: wanneer je later dokter wordt, word je dan praat-dokter of snijdende dokter.

Functie: voorbeeld als argument

Kenmerkend voor de vormgeving van voorbeelden door de arts is het veralgemeniseren van een fenomeen. Daarbij schetst de arts eerst een algemeen beeld waarna hij dit beeld vervolgens toepast op de situatie van het kind in de vorm van een vraag, argument, voorstel of conclusie. Het onderstaande fragment laat zien hoe dit voorbeeld door de arts wordt vormgegeven in combinatie met een vraag.

Voorbeeld 9-4 (uit fragment 4 r142 t/m r147)

1. A: .hHh er zijn heel veel kinderen die
2. hebben deze medicijnen, die hebben
3. last van hun longen, en die hebben
4. ook last van de neu:s. die hebben
5. een verstopte neu:s vaak. (.) heb
6. jij daar ook last van,
7. (0,5)
8. K: ja

De arts stelt in de eerste reges van het fragment een algemene stelling: “er zijn heel veel kinderen die dezelfde medicijnen gebruiken als de patiënt die, naast dat ze last hebben van hun longen, ook last hebben van hun neus.” Vervolgens wordt deze stelling gekoppeld aan de vraag van de arts die hij stelt in regel vijf en zes. Het algemene karakter wordt door de vraag toegespitst op de situatie van het kind: “*heb jij daar ook last van?*”. Het kind gebruikt immers dezelfde medicijnen die *heel veel kinderen* gebruiken en, die net als de patiënt, ook last hebben van hun longen. Door het gebruik van het voorbeeld, stelt de arts het kind in staat zich in te leven in een bepaalde situatie. Tevens geeft de veralgemenisering een argument af naar het kind en de ouder, waarom de arts de vraag aan het kind stelt. Zoals tevens in het volgende fragment te zien is.

Voorbeeld 9-5 (uit fragment 5 r610 t/m 615)

1. A: oke. Ik zou willen weten of zij
2. allergisch is voor e:h
3. gra[s en huisstofmijt
4. V: [ja, ja,
5. A: want veel kinderen die dit soort
6. klachten hebben <d> dus benauwd zijn
7. van allerlei dingen <d> die hebben
8. ook een allergie voor huisstofmijt.

In tegenstelling tot het vorige voorbeeld wordt het bovenstaande voorbeeld met een argumenterende functie door de arts als argument voor het behandelvoorstel ingezet. De reden om een allergietest te doen is omdat hij wil weten of de patiënt allergisch is voor gras en huisstofmijt. Het argument dat de arts aandraagt waarom hij dat zou willen weten, geeft de arts in regel vier waarin hij een voorbeeld geeft in een algemeen kader. Veel kinderen die dit soort klachten hebben, waarin hij de klachten specificeert door benauwd zijn, hebben een allergie voor huisstofmijt. Dit zou ook de mogelijke oorzaak kunnen zijn van de klachten van het kind in het bovenstaande fragment. De arts gebruikt dus een argument om te onderbouwen waarom hij een bepaald behandelvoorstel doet.

De veralgemenisering is noemenswaardig. De arts had er immers in voorbeeld 9-4 ook voor kunnen kiezen om het kind te vragen of zij ook last heeft van haar neus. In combinatie met het voorbeeld laat de arts het kind dus niet alleen inleven in een bepaalde situatie maar geeft hij tevens een argument af waarom hij iets vraagt of een behandeling voorstelt. Van de twaalf voorbeelden worden er acht voorbeelden geformuleerd met een algemeen object. Dit fenomeen komt in het corpus niet alleen voor in combinatie met een vraag maar ook met een argument, een voorstel of een conclusie.

Door de vraag in een specifieke context of situatie te plaatsen, kan de arts nagaan hoe het met de gezondheid van het kind is gesteld. En dat is positief. Wanneer de arts zou vragen hoe het de afgelopen tijd is gegaan, is dat anders dan wanneer de arts de gezondheid plaatst in een specifieke context. Door de vraag te richten op een specifieke situatie kan hij de gezondheid van het kind vergelijken met de standaard, bijvoorbeeld dat alle

kinderen zonder benauwd te worden zouden moeten kunnen rennen, zwemmen en spelen. Door het gebruik van een voorbeeld krijgt de arts een goed beeld van de gezondheid en kan hij een weloverwogen behandelvoorstel doen.

VOORBEELD DOOR HET KIND

Waar we zagen dat de arts voornamelijk voorbeelden gebruikt om een vraag te ondersteunen, gebruikt het kind het voorbeeld voornamelijk om een situatie te beschrijven. Wanneer de arts bijvoorbeeld iets vraagt, refereert het kind naar een concrete situatie om op deze wijze antwoord te geven. Ook geeft het kind voorbeelden door bijvoorbeeld plekje aan te wijzen. Een voorbeeld dat betrekking heeft op het hier en nu. Tijdens de gesprekken gebruikt het kind bepaalde situaties om te beschrijven, om te concretiseren en om te beargumenteren. Aan de hand van een voorbeeld streeft het kind ernaar de situatie zo goed mogelijk duidelijk te maken aan de arts. De meeste voorbeelden van het kind, zeven stuks, komen voor tijdens het afnemen van de anamnese. Eén voorbeeld wordt door het kind geuit tijdens het de evaluatie. Aan de hand van de functies van de voorbeelden worden de illustraties van het kind in deze subparagraaf besproken.

Functie: beschrijven

Wanneer de arts een vraag stelt aan het kind tijdens de anamnese, kan het kind gebruik maken van een voorbeeld om de situatie waarnaar de arts vraagt te beschrijven. Tijdens het begin van de anamnese geeft het kind uit het onderstaande fragment aan dat hij meer klachten ervaart sinds hij terug is van vakantie: tijdens de vakantie in de bergen hoestte het kind minder dan dat hij nu doet. Het onderstaande fragment illustreert hoe het kind met behulp van een voorbeeld aan de arts duidelijk maakt welke klachten hij, naast het hoesten, nog meer ervaart. Het voorbeeld ondersteunt de beschrijving van de klacht.

Voorbeeld 9-6 (uit fragment 1 r29 t/m 37)

1. A: hHh en dan hoest je meer hh
2. (1,8)
3. >en en< dan?
4. (2,2)
5. K: ja: (.) dan (1,5) krijg k ook wel
6. >meer< last van mijn kee::l ik moet
7. (0,8) vaak (0,4) euh (0,6)
8. ((*schraapt keel*)) dat zeg
9. maar [doen,
10. A: [oja: ja
11. (1,2)
12. K: en dat vink zelf ook niet zo heel
13. fijn.
14. (0,3)
15. A: °nee:°

Het fragment begint met een stelling, een korte samenvatting, van de arts. Hoewel de pauze tussen de beurten van de arts als een mogelijk voltooiingspunt kan worden geanalyseerd, wordt de beurt door het kind op deze momenten niet overgenomen. De arts vervolgt zijn beurt in regel drie met de vraag '*en en dan?*' om de plaats relevant voor overdracht te markeren. In regel vijf neemt het kind de beurt over door antwoord te geven op de vraag van de arts. Het eerste gedeelte van de beurt bevestigt het kind het hoesten waarna hij antwoord geeft op de vraag '*en dan?*' ofwel, wat gebeurt er na het hoesten. Het kind geeft antwoord door middel van een voorbeeld: het schrapen van de keel. Merk daarbij op dat het kind dit specifiek maakt door de woorden *mijn keel*/te gebruiken en nadruk te leggen op de plek waar hij klachten ervaart. Een bijzonder voorbeeld waarin het kind niet zegt dat hij zijn keel dan vaak moet schrapen maar daar tevens een demonstratie van geeft. Het voorbeeld dat het kind gebruikt is dus gericht op het hier en nu: het demonstreren van de klacht. In regel twaalf vertelt het kind wat hij vindt van het schrapen van de keel. Hij geeft een negatieve evaluatie aan de uitspraak door te zeggen dat hij het zelf *ook niet zo heel fijn vindt* om zijn keel te schrapen. Het voorbeeld ondersteunt de beschrijving van het kind. Net zoals in het volgende fragment waarin het kind en de arts praten over eczeem, dat vaker voorkomt in combinatie met astma. In het gesprek is vooraf gesteld dat wanneer het kind last krijgt van eczeem, de klachten die hij van zijn longen ervaart ook toenemen.

Het gesprek vervolgt met een voorbeeld van het kind waarin hij verwijst naar een situatie uit het verleden.

Voorbeeld 9-7 (uit fragment 2 r340 t/m 346)

1. A: oke oke dus dat loopt een beetje
2. sa:m[en
3. K: [ja[aa
4. A: [dat voe[lt
5. K: [we hebben een
6. keer het hele eczeem was weg:?
7. [(.) en ik krijg het weer
8. A: [ja,
9. K: helemaal terug

Het fragment begint met de uiting van de arts waarmee hij stelt dat de klachten die het kind van zijn longen en van zijn huid ervaart, samen lopen. In regel drie bevestigt het kind dit. Opvallend is dat de arts tijdens de uiting van het kind in regel vier een nieuwe beurt begint en dat het kind in de beurt van de arts tevens de beurt weer overneemt. Het voorbeeld van het kind waarin hij naar een concrete situatie verwijst, vindt plaats in regel vijf en zes van het bovenstaande fragment. Met de woorden *we hebben een keer*, laat het kind zien te refereren naar een concrete situatie uit het verleden. Merk daarbij het woord *we* op, waarmee hij een gezamenlijkheid creëert met zijn moeder die als side participant ook deelneemt aan het gesprek. Het kind gebruikt het voorbeeld om een situatie beschrijven, het fenomeen te illustreren aan de arts.

Functie: argumenteren

Wanneer een kind het bijvoorbeeld niet eens is met de arts, kan het kind gebruik maken van een voorbeeld om dit als argument aan te dragen. Het voorbeeld wordt dus naast het beschrijven van een situatie door het kind ook gebruikt om een argument te geven en te concretiseren. Voorbeelden met de functie argumenteren en concretiseren komen elk eenmaal in het corpus voor.

Het kind geeft voorafgaande aan het onderstaande fragment aan benauwd te worden tijdens lichamelijke inspanning bijvoorbeeld tijdens de gymles. Even gaan zitten is voor het kind een goede oplossing terwijl een betere oplossing wellicht zou zijn om voorafgaande aan de gymles medicijnen in te nemen.

Het kind geeft aan dat ze dit eerder geprobeerd heeft maar dat ze, toen ze het medicijn op school had, er te weinig gebruik heeft gemaakt. Ook stelt het kind dat ze in die periode geen last had van haar astma. De arts geeft aan dat hij het innemen van de medicijnen voorafgaande aan de gymles alsnog een goed idee vindt en bevraagt het kind vervolgens naar redenen waarom ze dit niet doet of eventueel niet zou willen doen. In het onderstaande voorbeeld draagt het kind een nieuw argument aan ter onderbouwing van haar standpunt.

Voorbeeld 9-8 (uit fragment 5 r120 t/m 126)

1. A: ik vind het niet stom of naar maar
2. misschien dat jij dat vindt?
3. (.)
4. K: <n:ee:: niet echt.> alleen het helpt
5. gewoon niet want ik had het ook een
6. keer met gym had ik het vanoch- eh
7. daarvoor wel een keer gedaan, maar
8. toen gingen we toch weer rennen en
9. °r helpt gewoon niet°.=

Het fragment begint met de uiting van de arts waarin hij aan het kind vraagt of ze het misschien *stom* of *naar* vindt om de medicijnen voor de gymles in te nemen. Wanneer het kind in de vierde regel van het fragment de beurt neemt, ontkent ze het idee van de arts. Ze ontkracht het idee van de arts dat ze het innemen van de medicijnen stom of naar vindt. De illustratie die het kind gebruikt om deze stelling te onderbouwen, het voorbeeld, wordt geuit in regel 5 tot en met acht van het bovenstaande fragment. Interessant is de wijze waarop ze het argument vormgeeft. Doormiddel van het woord *want*, introduceert ze het argument. Met behulp van het voorbeeld blikt het kind terug op een situatie uit het verleden. Een situatie waarbij ze het medicijn voor de lichamelijke beweging had gebruikt en het medicijn niet voldoende had geholpen, ondanks dat ze de medicijnen vooraf aan de lichamelijke beweging had ingenomen. Dit is voor het kind een reden om het voorstel van de arts alsnog af te wijzen.

Functie: concretiseren

De derde functie die onderscheiden kan worden binnen de illustraties van het kind is de functie concretiseren. Ook deze functie komt, net zoals argumenteren slechts een keer

in het corpus voor. Het onderstaande fragment illustreert een voorbeeld met een concretiserende functie.

Wanneer de arts aan het kind in het volgende fragment vraagt of hij last heeft van de huid wordt dit door het kind in eerste instantie ontkend. In de eerste regel van het fragment reageert de moeder op het antwoord van het kind. Zij concretiseert de ontkenning van haar zoon. Het antwoord *nee* wordt concreet gemaakt met *HEE::L af en toe*. Vervolgens gebruikt het kind een voorbeeld om de uitspraak van de moeder verder te concretiseren en wordt het antwoord positiever dan de ontkenning die in eerste instantie door het kind wordt gedaan.

Voorbeeld 9-9 (uit fragment 3 r231 t/m r235)

1. M: Hh HEE::L af en toe dat we denken
2. van hee raar plekje ofzo
3. (.)
4. A: o↓ke=
5. →K: =ja zoals hier ((wijst plekje aan))

Het voorbeeld van het kind is zichtbaar in regel vijf van het fragment waarin het kind letterlijk een voorbeeld geeft door het plekje aan te wijzen en dit te laten zien aan de arts. Vergelijkbaar met de demonstratie van het schrapen van de keel bij het beschrijven van de klacht aan het begin van deze paragraaf (voorbeeld 9-6). Het kind concretiseert niet alleen de uiting door een plekje onder zijn kin aan te wijzen, maar hij bevestigt door zijn beurt te beginnen met *ja*, hiermee ook de uiting van de ouder. Voor het kind is het voorbeeld als illustratievorm binnen het medische consult erg belangrijk. Door daar gebruik van te maken kan het kind situaties beschrijven, beargumenteren en concretiseren. Door het gebruik van voorbeelden laat het kind tevens zien, hoe hij tegen zijn ziekte aankijkt, en hoe 'deskundig' hij op het gebied van zijn eigen ziekte is.

VOORBEELD DOOR DE OUDER

Ook door de ouder wordt gebruik gemaakt van voorbeelden. Net zoals bij de arts en het kind uit de ouder de voorbeelden ook voornamelijk tijdens de anamnese. Van de vijftien voorbeelden die in het corpus naar voren komen, worden twaalf tijdens de anamnese geuit en drie tijdens het behandelvoorstel. Wanneer er gekeken wordt naar de functies van de uitingen kan er gesteld worden dat deze voornamelijk een argumenterende functie hebben.

Zoals gesteld is de ondersteunende rol van de ouder tijdens het arts-ouder-kind gesprek daarvoor de reden. Deze subparagraaf is, net zoals de voorbeelden het kind, opgebouwd aan de hand van de diverse functies van de illustraties van de ouder.

Functie van het voorbeeld: argument

Interessant om op te merken is dat de functie argumenteren niet alleen veel voorkomt in het geheel van illustraties van de ouder, maar ook veelvoudig de vorm aanneemt van een voorbeeld. Van de veertien argumenten die er zijn onderscheiden, hebben elf de vorm van een voorbeeld. In tegenstelling tot de overheersende functie van beschrijven welke voornamelijk naar voren komt bij de illustraties van het kind, is het opvallend dat bij de ouder voornamelijk argumenteren als functie de basis vormt. Het schetst een beeld van de rol die de ouder tijdens het medische gesprek ten opzichte van het kind aanneemt. Een ondersteunende rol. Wanneer er nader ingezoomd wordt op deze functie blijken er drie vormen in het corpus naar voren te komen. De ouder bevestigt met een argument de uitspraak van een kind, nuanceert de uitspraak van de arts en gebruikt een argument om een uitspraak van zichzelf te ondersteunen. In deze subparagraaf zullen deze functies nader worden toegelicht.

Met een argument uitspraak van het kind bevestigen

De eerste vorm die onderscheiden kan worden is een argument die de ouder gebruikt om de uitspraak van het kind te bevestigen. Van dit fenomeen worden drie fragmenten onderscheiden waarvan twee de vorm hebben van een voorbeeld.

Wanneer het kind in het volgende fragment aan de arts vertelt weinig last van haar astma te hebben gehad, ook niet toen ze op vakantie waren in Marokko, reageert de vader met een argument in de vorm van een voorbeeld waarin hij deze uitspraak bevestigt. Hij vertelt dat deze situatie zich voordeed doordat Marokko een warm land is met andere temperaturen dan in Nederland en dat de klachten die het kind had ervaren inderdaad wel mee vielen. Hiermee bevestigt de vader niet alleen de uitspraak van het kind, hij ondersteunt haar ook.

Voorbeeld 9-10 (fragment 5 r37 t/m 49).

1. A: hoe je hoe je vind dat het gaat,
2. (.)
3. K: nou goed, want e:h toen we in
3. vakantie naar marokko gingen (.)
4. had ik er ook geen last van.
5. (1,5)
6. A: had je er geen last van.
7. (.)
8. K: nee,=
9. A: =wat heerlijk he::=
10. K: j[a
11. V: [ja: dat komt meestal eh in een
12. warm land en zo en een andere .hh
13. andere temperatuur dan eh valt het
14. toch wel, dan valt het wel wat mee.
15. zodra ze dan weer in nederland komt
16. .hh dan begint het weer W[AT niet
17. erg gelukkig maar, >dan krijgt ze
18. weer wat<

Het fragment start met de uitnodiging van de arts aan het kind om te vertellen hoe het met haar gezondheid gaat. In regel drie geeft het kind vervolgens antwoord. Ze start haar antwoord met een positief antwoord waarmee ze stelt dat het goed met haar gaat. Vervolgens onderbouwt ze dit door een argument aan te dragen. Het kind laat door de vormgeving van haar beurt zien dat het om een argument gaat. Merk tevens het woord *want* op, zoals we eerder zagen bij het inleiden en markeren van een argument. Daarnaast is het woord *ook* interessant. De reis naar Marokko wordt daardoor extra gemarkeerd en wordt door het kind als belangrijk argument geacht voor het afwegen van haar mening. Ze stelt daarmee dat ze weinig last heeft gehad, ook toen ze in Marokko was. In regel zes herhaalt de arts als reactie het antwoord van het kind in de vorm van een indirecte vraag waarna het kind in regel acht de uitspraak van de arts bevestigt. In regel negen volgt een evaluatie van het antwoord door de arts, waaraan een mening is verbonden. Hij stelt dat hij het heerlijk vindt dat het kind geen last had van astma tijdens de vakantie met aansluitend een vraag, tag question, *hee::* waarmee hij reactie en nogmaals bevestiging vraagt bij het kind. Wanneer het kind de uitspraak nogmaals bevestigt mengt tijdens de beurt van het kind, de vader zich in het gesprek. Hij selecteert zichzelf en ondersteunt en bevestigt vervolgens de uitspraak van het kind door een argument in de vorm van een scenario aan te dragen.

Hij verwijst met zijn uiting, dat het wel mee viel omdat dat meestal het geval is in een warm land, naar een algemene situatie. Dat wordt interactioneel voornamelijk door het woord *meestal*, waarmee de vader de algemeenheid van de situatie benadrukt. Wanneer de beurt van de vader volgt, verwijst de vader naar een concrete gebeurtenis uit het verleden: het moment dat ze terug zijn gekomen in Nederland. De uiting van de vader bevestigt niet alleen het antwoord van het kind in regel drie, als antwoord op de vraag van de arts gaf, maar vult dit ook aan met nieuwe informatie. Namelijk, dat sinds ze weer terug zijn in Nederland, de klachten wel weer iets toenemen, al nuanceert hij dit direct door te stellen dat dit niet in hoge mate is.

Met een argument uitspraak van de arts nuanceren

De tweede vorm die naar voren komt is een argument waarmee de ouder laat zien het voorstel of de mening van de arts te ondersteunen/nuanceren. Van de in totaal 14 argumenten komen argumenten met de functie van het ondersteunen/nuanceren van het voorstel van de arts, 6 keer voor. Daarvan hebben 4 de vorm van een voorbeeld.

Tijdens het gesprek van het volgende fragment concludeert de arts dat de situatie die in de anamnese wordt geschetst, precies is wat hij als dokter wil: dat het goed gaat met de patiënt. De ouder laat in het fragment indirect zien dat zij de mening van de arts ondersteunt. Dit doet ze door de uitspraak van de arts te nuanceren. De ouder stelt dat er nog wel mindere dagen zijn, maar dat dat niet zo heel veel voorkomt waarmee ze laat zien dat ze het eens is met de arts.

Voorbeeld 9-11 (uit fragment 2 r323 t/m 331)

1. A: =nou weet je dat is nou precies wat
2. een dokter wil dat het goed met jou
3. gaat h[é (.) wat supe[r] hé
4. K: [uh uh
5. M: [er zijn wel
6. mindere da:gen, hh (0,2) dat het
7. vochtig in de lucht is,:
8. (.)
9. A: o::ke.
10. (0,4)
11. M: .h maar niet meer nie meer zo heel
12. veel

De arts opent het bovenstaande fragment met de uitspraak waarin hij aangeeft dat deze situatie precies is wat een dokter wil. Dat het goed gaat met de patiënt. Vervolgens koppelt de arts daar een evaluatie aan door de woorden *wat super hé*. Door deze evaluatie betreft de arts de uitspraak vervolgens op zichzelf door een eigen mening aan de algemene situatie te koppelen. De uitspraak van de ouder, waarin ze de nuance op de uitspraak van de arts aangeeft, begint halverwege regel vijf, door middel van zelfselectie, tijdens de evaluatie van de arts. De ouder haakt in het begin van haar beurt in op de evaluatie van de arts. Door te stellen dat er ook wel mindere dagen zijn, nuanceert ze de uitspraak van de arts. Vervolgens geeft ze aan dat dit niet meer zo heel veel is waarmee de ouder laat zien dat de klachten daarin zijn afgenomen, en dat zij daarmee de mening van de arts dus gedeeltelijk deelt. De ouder laat zien dat de evaluatie van de arts, *super*, te hoog gegrepen is en devalueert dit met haar nuance. Met deze uitspraak nuanceert de moeder niet alleen, ze laat zien dat ze het gedeeltelijk met de arts eens is. Het gaat volgens haar wel goed met haar kind, maar niet super. Een vergelijkbaar voorbeeld waarin het argument van de ouder de uitspraak van de arts ondersteunt/nuanceert, is zichtbaar in het volgende fragment. De arts stelt daarin dat hij vindt dat de huid van de patiënt, net als de longen, onder controle moet zijn. Daarom geeft hij het advies om nogmaals de huidarts te bezoeken. De ouder laat vervolgens aan de hand van voorbeelden die ze aanwijst op het lichaam van het kind, zien dat het inderdaad een goed idee is om dat te doen aangezien het kind er nog veel last van heeft.

Voorbeeld 9-12 (uit fragment 2 r528 t/m r535)

1. A: dan zou ik toch even weer opnieuw
2. naar de huidarts gaat want dat dat
3. [moet gewoon
- 4.→M: [zie dit soort plekje zo daar zit
5. ie ((wijst plekje aan op onderarm
6. kind)) onder [dat dit ((wijst naar
7. A: [ja [ja
8. M: *de borst van het kind*)
9. (0,5)
10. M: nou dat is voor 'm zelf heel
11. vervelend want hij lijkt nu heel
12. smerig maar dat [is gewoon niet
13. A: [ja nee dat is
14. M: smerig het is gewoon ruw]
15. A: gewoon eczeem ja]

De ouder gebruikt in regel vier tot en met veertien in het bovenstaande fragment een voorbeeld. Deze is gericht op het hier en nu: het aanwijzen van de plekjes, welke een argumenterende functie heeft. Een argument om de arts duidelijk te maken dat aan de ene kant de huid inderdaad nog niet onder controle is en dat het aan de andere kant voor het kind ook erg vervelend is omdat het eczeem er smerig uitziet. Om het argument vorm te geven gebruikt ze een voorbeeld. Dit doet ze door de plekken op de onderarm en de borst van het kind aan te wijzen en deze aan de arts te laten zien. In tegenstelling tot een directe manier van het accepteren van een voorstel, zoals *ja dat is een goed idee*, laat de ouder op een indirecte wijze aan de arts zien in te stemmen met het voorstel en daarmee het voorstel te accepteren.

Met argument eigen uitspraak onderbouwen

De derde en laatste vorm die benoemd kan worden is een argument waarmee de ouder een eigen stelling onderbouwt. Totaal zijn er vijf argumenten in deze vorm onderscheiden. Allen hebben zij de vorm van een voorbeeld.

Tijdens het tweede deel van de anamnese uit de ouder in het volgende fragment haar vermoedens dat het weer de oorzaak zou zijn van de vele klachten die het kind ervaart. Vervolgens geeft ze een aantal voorbeelden om dit te onderbouwen bijvoorbeeld de heftige regenval, een hele zonnige periode en smog waardoor het kind volgens haar de hele dag in een astma-aanval blijft hangen. Ze sluit haar argument af met een evaluatie.

Voorbeeld 9-13 (uit fragment 4 r254 t/m 275)

1. M: ·hHh eh en ik had nog even op
2. internet gekek[en e::hm
3. A: [(kucht)
4. M: (.) ijk heb het idee dat zij met
5. name last heeft van de
6. weersomstandigheden. [dat dat, (.)
7. A: [oke,
8. M: DE [grote prikkel is.
9. A: [DE grote factor is j[a.
10. M: [hè en in het
11. afgelopen e::h poos heeft natuurlijk
12. heel veel eerst geregend[? nou dat
13. A: [ja.

14. M: was funest[, (.)][toen
 15. A: [ja, [vochtig.
 16. M: hadden wij e- een grote hoop op van
 17. de zon, ·Hhh maja:: <d[i- di->] JA:
 18. A: [die kwam
 19. M: en toen die kwam was het ZO
 20. A: niet.]
 21. M: ENORM, nou daar heeft ze hee:::l
 22. veel last [van, >en wij waren< in
 23. A: [ja: ja (.) ja
 24. M: limburg op vakantie met ook smog,
 25. [(.) heeft ze
 26. A: [o|h ja.
 27. M: ook heel veel last van [gehad. dus
 28. A: [ja: ja.
 29. M: als ik het nu lees, dan denk ik nou
 30. dat kind dat hangt soms wel de de
 31. hele dag in zo'n astma-aan[val
 32. A: [ja.
 33. M: bijn[a. (.)] ik vind dit treurig ik
 34. A: [ja? ja.
 35. M: vind dit niet leuk meer.

Het bovenstaande fragment start met de uitspraak van de ouder. Ze leidt haar stelling in door te vertellen waar ze haar informatie heeft verkregen. De stelling waarmee ze aangeeft dat ze vermoedt dat het weer de grote prikkel is waardoor het kind astmatische klachten ervaart in regel acht, wordt in de rest van het fragment onderbouwd door voorbeelden uit het verleden te noemen waaruit dat blijkt. De voorbeelden in regel zes, waarin ze de weersomstandigheid regen benadrukt en in regel vierentwintig, waarin ze de weersomstandigheid smog benadrukt, dienen als argument voor de stelling. Merk hierbij het woord *toen* op, waarmee de moeder expliciet verwijst naar een situatie uit het verleden en het voorbeeld interactieel relevant maakt. Vervolgens verbindt de ouder een evaluatie aan de voorbeelden, namelijk de mate waarin het kind klachten ervaart van de geschetste weersomstandigheid. Opmerkelijk is de wijze waarop de ouder dit doet. Door intensieverders te gebruiken zoals *heel veel* *enorm* laat de ouder aan de arts de ernst van de klachten zien maar ook de mate waarop de voorbeelden inderdaad de stelling ondersteunen. De ouder sluit het geheel af met een conclusie die ingeleid wordt door in regel zevenentwintig te refereren aan de informatiebron. De ouder stelt dat, op basis van datgene dat ze op internet heeft gelezen, haar kind soms wel een hele dag een astma-aanval ervaart. Vervolgens geeft de ouder een eigen mening op het geheel, ze

vindt het treurig. Ze vindt het niet leuk meer. Het fragment laat zien hoe de ouder zelf een stelling kan introduceren tijdens het medische consult en dit vervolgens zelf kan onderbouwen. De ouder ondersteunt dus niet alleen het kind en de arts tijdens het gesprek, maar ook uitspraken van zichzelf.

Functie van het voorbeeld: vraag

Terug naar de functies van de voorbeelden die de ouder tijdens het medische consult gebruikt. Net zoals de arts gebruikt ook de ouder het voorbeeld om een vraag te stellen. Deze combinatie komt binnen de voorbeelden als illustratievorm, bij de ouder twee keer voor. In het eerste geval presenteert de ouder, wanneer ze aan het einde van het gesprek terug gaat naar de anamnese een nieuwe klacht door de witte vlekken op het gezicht van het kind aan te wijzen. In het tweede geval, zoals in het volgende voorbeeld wordt beschreven, gebruikt de ouder het voorbeeld om de arts in een bepaalde situatie te laten inleven.

Tijdens het behandelvoorstel stelt de arts in het volgende fragment, waarin het kind ondanks medicijngebruik nog veel klachten ervaart, voor om in tegenstelling tot het vorige gesprek, toch de stap te maken en de dosering van de medicijnen te verhogen. De moeder vraagt zich af of er nog andere mogelijkheden zijn om de gezondheidssituatie van het kind te verbeteren. Ze wil graag zelf iets betekenen in deze situatie en stelt daarom een vraag aan de arts aan de hand van een voorbeeld.

Voorbeeld 9-14 (uit fragment 4 r434 t/m 442)

1. A: nee [dus ik denk dat de bal eigen
2. M: [nee.
3. A: lijk bij mij ligt.=
4. M: =°oke.° >maar ik vroeg mij ook af<
5. e::h e:h, daarom vraag ik ook die
6. voorlichting, moeten wij e:h bij
7. voorbeeld e:h in de vakantie stappen
8. we al snel af van de
9. sportactiviteiten. hê? alles komt
10. stil te liggen[n.
11. A: [ja,
12. M: moeten wij daar actiever in zijn om
13. dat dat- toch gebleken is dat dat
14. wel heel goed is? lees ik?

Het begin van het bovenstaande fragment geeft de arts aan dat de bal bij hem ligt: hij is nu degene die, door middel van het verhogen van de dosering van de medicijnen, kan zorgen dat de gezondheidssituatie van het kind verbetert. De moeder laat in het begin van haar beurt in regel vier door het woord *oke* zien dat ze het voorstel van de arts accepteert. Vervolgens geeft ze in regel vier tot en met veertien door middel van de vraag aan dat ze zelf ook iets zou willen doen om de gezondheid van haar kind te verbeteren. Noemenswaardig is de wijze waarop ze haar vraag introduceert. De beurt van de ouder begint immers met een akkoord, een acceptatie. Door het woord *maar* dat daarop volgt. Ze wekt daarmee de indruk dat er een voorwaarde is verbonden aan de acceptatie: ze wil zelf ook iets doen. Bijvoorbeeld door het stimuleren van sportactiviteiten tijdens de vakantie. De vormgeving van de vraag is herkenbaar, immers, de formulering van de vraag komt op deze wijze ook voor bij de arts. De ouder stelt namelijk een vraag aan de hand van een voorbeeld waarmee ze de specifieke situatie *de vakantie* als basis schetst. Vervolgens combineert zij dit met haar vraag over sportactiviteiten. Als argument om het voorbeeld te ondersteunen, haalt de ouder in regel veertien aan dat ze heeft gelezen dat astmapatiënten baat hebben bij sportactiviteiten. Merk ook de nadruk op het woord *goed* op waarmee ze haar argument extra kracht geeft. Door de vraag te koppelen aan een voorbeeld stelt de ouder de arts in de gelegenheid specifiek antwoord te geven op een bepaalde situatie die de ouder beschrijft.

DEELCONCLUSIE VOORBEELDEN

In deze subparagraaf hebben we gekeken naar de meest voorkomende illustratievorm, het voorbeeld. Een vorm van illustratie welke gericht is op een concrete situatie welke zowel in de toekomst, in het verleden als in het hier en nu kan plaatsvinden.

Uit de analyse blijkt dat de arts, het kind en de ouder, allemaal het voorbeeld met een eigen doel gebruikt. De arts gebruikt het voorbeeld voornamelijk om een vraag aan het kind in een specifieke context te plaatsen. Op deze wijze kan hij het kind in laten leven in een situatie en kan hij tevens de gezondheidsstatus van het kind meten met de standaard waarna hij op basis daarvan tot een gegrond behandelvoorstel kan komen. De arts gebruikt in verhouding

tot het aantal voorbeelden van de ouder en het kind, minder voorbeelden. Een verklaring hiervoor is dat voorbeelden gericht zijn op concrete situaties. De arts kent het kind niet goed genoeg om hier naar te verwijzen. Daarom gebruikt hij in verhouding vaker het scenario. Het kind gebruikt een voorbeeld voornamelijk om een situatie, bijvoorbeeld als antwoord op de vraag van de arts, te beschrijven. Tevens maakt het kind gebruik van een voorbeeld om iets aan te wijzen. De ouder gebruikt het voorbeeld voornamelijk om een argument aan te dragen. De ouder gebruikt het argument om uitspraken van zichzelf te onderbouwen, uitspraken van het kind te onderbouwen en uitspraken van de arts te onderbouwen/nuanceren. Dit komt overeen met de rol van de ouder zoals in het vorige hoofdstuk wordt beschreven.

9.2.2 ILLUSTRATIEVORM: SCENARIO

Na het voorbeeld wordt het schetsen van een scenario door de gespreksdeelnemers het meeste gebruikt. Tijdens de analyse bleek het lastig om voorbeelden en scenario's van elkaar te onderscheiden doordat zij beide door de gespreksdeelnemers worden gebruikt om een bepaalde situatie te schetsen en de gesprekspartner daarin in te laten leven. Zoals we in het vorige hoofdstuk hebben gezien is het voorbeeld gericht op een concrete gebeurtenis uit het verleden, het heden of de toekomst. Het scenario kenmerkt zich door een algemeen karakter. De formulering van het scenario bleek tevens een onderscheid te vormen tussen het voorbeeld en het scenario. Ook in deze paragraaf worden de illustraties per gespreksdeelnemer in de volgende subparagrafen toegelicht.

SCENARIO DOOR DE ARTS

In totaal maakt de arts 17 keer gebruik van een scenario. Daarvan worden 10 gebruikt ter ondersteuning van een vraag, 5 als uitleg en 2 als argument. Tijdens de anamnese komt het schetsen van een scenario 11 keer voor. In het behandelvoorstel komt dit in totaal 4 keer voor en tijdens de evaluatie 2 keer. Van de 17 scenario's die geanalyseerd zijn, worden er 14 door de arts gericht aan het kind en 3 aan de ouder.

Wanneer de arts zowel het kind als de ouder heeft bevroegd over de gezondheidssituatie van het kind tijdens de anamnese, vervolgt het gesprek in het onderstaande voorbeeld met het behandelvoorstel. De arts geeft in het begin van het behandelvoorstel aan dat hij het een goed idee zou vinden dat het kind zou stoppen met de medicijnen. Mocht het nodig zijn, dan kan het kind er weer zonder problemen mee beginnen. In het onderstaande fragment herhaalt hij deze stelling maar onderbouwt hij dit ook met argumenten en een uitleg.

Voorbeeld 9-15 (uit fragment 3 r326 t/m 340)

1. A: dus ik zou dr gewoon mee stoppen met
2. die medicijnen.
3. (0,4)
4. A: .Hh en d'r zijn (.) heel veel mensen
5. die >hebben af en toe nog weleens<
6. die blauwe nodig die uh ventolin.
7. K: ik heb heel erg een keer per jaar is
8. dat=
9. A: =o:ke na dan als je 't een keer dat
10. is helemaal niet erg dat mag je best
11. die blauwe gebruiken en misschien
12. dat je dan .hHh wat vaker nodig hebt
13. >maar dat is helemaal niet erg< als
14. je dat .hh een PAAR keer (0,2) per
15. maand nodig hebt (0,2) ach d'r zijn
16. z↑o veel mensen die dat hebben dat
17. is geen probleem
18. (1,0)
19. A: pas als je e↑cht denkt van he jakkes
20. ik heb nou alweer weer dat ik 't
21. moet gebruiken [of ik heb er last
22. K: [ja
23. A: van of ik wordt 's nachts [wakker
24. K: [ja
25. omdat ik zo benauwd bent .hh ja dan
26. denk ik dat je zeker weer deze
27. medicijnen moet gaan gebruiken die
28. oranje.

Het bovenstaande fragment begint met de stelling van de arts waarin hij adviseert om te stoppen met de medicijnen. In de rest van het fragment zal hij deze stelling onderbouwen met argumenten door gebruik te maken van diverse soorten illustraties. De formulering van de beurt van de arts in zes is opmerkelijk. Verwacht wordt dat moeilijke medische termen, zoals de namen van medicijnen, eerst worden genoemd en vervolgens uitgelegd worden. In dit fragment is dat andersom. De arts noemt is het medicijn als

de blauwe, wat refereert naar de kleur van het medicijn, vervolgens noemt hij de officiële, 'moeilijke', naam voor het medicijn *ventolin*. Door het noemen van beide namen maakt de arts de uitspraak concreet en daarmee beter te begrijpen. In regel dertien en veertien zien we dat de arts een scenario schetst. Dit scenario is gericht op de toekomst. De arts schetst met het scenario een situatie waarin de patiënt het medicijn *een keertje* zou gebruiken, wat genuanceerd wordt naar *een paar keer per maand*. Vervolgens verbindt de arts daar een evaluatie aan: dat het niet erg is om het medicijn nog af en toe te gebruiken. Ofwel: wanneer situatie *x* zich voordoet is *y* het geval. Het scenario kan weer gezien worden als een op zichzelf staande stelling. Hij wordt namelijk onderbouwd met de woorden *zo veel mensen die dat hebben*.

Tijdens de analyse bleek het lastig om voorbeelden en scenario's van elkaar te onderscheiden. Zoals in de vorige paragraaf duidelijk wordt, maar ook in het bovenstaande voorbeeld, worden zowel voorbeelden als scenario's door de arts gebruikt om het kind in te laten leven in een bepaalde situatie. Ook komt de vormgeving '*wanneer situatie x zich voordoet dan y*', erg overeen met de vormgeving die we zagen in de vorige subparagraaf: '*gebeurt er x in situatie y?*'. Hoewel voorbeelden vaak op het verleden zijn gericht en scenario's op een (fictieve) situatie in de toekomst en een algemene gebeurtenis, blijkt de formulering van de illustratie tevens een doorslaggevende factor te zijn. Een belangrijk criteria om een uitspraak te analyseren als scenario is de '*als ... dan*'-formulering die de arts gebruikt om een scenario te schetsen: als *x* het geval is dan *y*. Om nader in te gaan op de formulering van het scenario is hieronder een gedeelte van het vorige fragment gekopieerd. De formulering is hierin gemarkeerd.

Voorbeeld 9-16 (uit fragment 3 r333 t/m 340)

19. A: pas **als** je e↑cht denkt van he jakkes
20. ik heb nou alweer weer dat ik 't
21. moet gebruiken [of ik heb er last
22. K: [ja
23. A: van of ik wordt 's nachts [wakker
24. K: [ja
25. omdat ik zo benauwd bent .hh ja **dan**
26. denk ik dat je zeker weer deze
27. medicijnen moet gaan gebruiken die
28. oranje.

Het woord *als* zorgt voor de markering van het scenario net zoals het woord *ste*/dit zou kunnen doen. Het onderscheidt het scenario van de voorbeelden die, in dit geval, vaak veralgemeniseerd worden. Niet alle scenario's bevatten letterlijk deze constructie. In alle gevallen wordt het scenario wel ingeleid met het woord *als* maar wordt het woord *dan* niet altijd uitgesproken.

SCENARIO DOOR HET KIND

Binnen het corpus worden door het kind vijf scenario's geschetst. Alle fragmenten komen voor tijdens de anamnese. Ook hebben zij allemaal een beschrijvende functie.

Typierend voor de vormgeving van de scenario's in de uitspraken van kinderen is dat, net als bij de arts, de *als/dan*-formulering wordt toegepast. *Als* zich een bepaalde situatie voordoet *dan* wordt het kind bijvoorbeeld benauwd. Daarnaast is noemenswaardig dat in vier van de vijf gevonden fragmenten, het scenario van het kind verder gaat op het scenario dat de arts vooraf heeft geschetst zoals in het onderstaande voorbeeld te zien is.

Voorbeeld 9-17 (uit fragment 4 r40 t/m 48)

1. A: .hH dus je kunt als je zeg maar e::h
2. lekker aan het hardlopen bent,
3. (1,2)
4. A: dan gaat goed.
5. (.)
6. K: naa dan krijg ik hier >een beetje
7. pijn.<= ((wrijft over de rechter
8. zijkant van het bovenlichaam))
9. A: =ooh >dan krijg je< pijn.=
10. K: =als ik heel hard ren.=
11. A: =o:h ja dat is vervelend.

In de eerste regels van het fragment is te zien dat de arts een stelling in de vorm van een scenario neerzet. Hiervoor gebruikt hij de *als/dan*-formulering. *Als het kind lekker aan het hardlopen is, dan gaat het goed*. Tevens is hier het algemene kader zichtbaar: kinderen rennen vaak (of lopen hard). Dat kader vormt de basis voor de vraag die door de arts wordt gesteld. Interessant om op te merken is dat de arts in eerste instantie alleen het eerste deel van het scenario initieert in regel een en twee, zodat het kind de situatie verder kan invullen.

De stilte in regel drie markeert het mogelijke voltooiingspunt waarop de beurt kan worden overgenomen. De arts hervat na het uitblijven van een reactie zijn beurt in regel vier, en maakt het scenario en de stelling daarmee compleet. Het gesprek vervolgt de beschrijving van het kind waarin ze aan de hand van een scenario aan de arts vertelt hoe de situatie die hij beschrijft (het hardlopen) zich bij haar daadwerkelijk afspeelt. Het kind gebruikt, net als de arts, hier de *als/dan*-formulering maar dan in een omgekeerde volgorde. Eerst vertelt het kind in regel zes dat ze pijn krijgt aan de rechterkant van haar bovenlichaam. Ze geeft daarmee tevens een voorbeeld door de plaats waar het pijn doet aan te wijzen en over de mogelijk pijnlijke plekken te schrijven. Vervolgens vertelt ze in welke situatie zich dat voordoet, namelijk wanneer ze heel hard rent.

In tegenstelling tot de vormgeving van de arts valt in de vormgeving van een scenario door het kind op dat in de *als/dan*-formulering, het woord *als* regelmatig wegvalt. Bijvoorbeeld wanneer het kind als reactie op de vraag van de arts of ze last heeft van een verstopte neus, vertelt dat ze daar heel vaak last van heeft en dat ze *dan* op school vaak naar het toilet gaat om een tissue te pakken. Het woord *dan* refereert in deze uiting naar de situatie in het verleden.

SCENARIO DOOR DE OUDER

Het scenario komt binnen de illustraties van de ouder zes keer voor en worden voornamelijk tijdens de anamnese geuit. Vier keer wordt een scenario in de anamnese geuit, twee keer tijdens het behandelvoorstel. Naast de functie beschrijven (vier keer) wordt het scenario gebruikt ter ondersteuning voor het stellen van een vraag (twee keer). Aan de hand van de functies zal deze subparagraaf worden vormgegeven.

Functie van het scenario: beschrijven

De arts en het kind zijn de ouder in dit hoofdstuk al voorgedaan in het gebruiken van een scenario om een bepaalde situatie te beschrijven. Deze illustratietechniek blijkt voor de ouder ook geen onbekend terrein.

In het volgende fragment vertelt de moeder over de allergieën van het kind, de reden waarom hij klachten ervaart van zijn huid. Wanneer ze naar de test refereert, vertelt ze

tevens dat niet alle allergieën uit de test zijn gekomen, zo ook hooikoorts. Ze stelt in het onderstaande fragment dat het kind hier duidelijk klachten van ervaart, ondanks dit niet uit de allergietest te herleiden was.

Voorbeeld 9-18 (uit fragment 2 r496 – 497)

1. M: we weten zeker dat ie het heeft ga
2. nu met het kind op het grasveld
3. zitten en hij is hartstikke ziek,

Het bovenstaande korte voorbeeld laat zien hoe de ouder met het schetsen van een scenario een algemeen beeld illustreert: wanneer je nu (in de zomer) met iemand die hooikoorts heeft in een grasveld gaat zitten, ervaart deze persoon hooikoortsklachten. Dit fragment laat tevens de overlap tussen een scenario en een voorbeeld zien. Ze kan immers ook uit ervaring spreken en met deze uitspraak refereren naar een concrete situatie uit het verleden. Zoals de uiting door de ouder in dit fragment gepresenteerd wordt, is het algemene aspect echter doorslaggevend geweest.

Functie van het scenario: ondersteunen vraag

Aan de hand van het onderstaande fragment wordt duidelijk hoe een vraag in combinatie met een scenario door de ouder wordt vormgegeven. Voorafgaande aan het fragment vraagt de ouder zich af of ze, naast de verhoging van de medicatie, zelf nog iets kan doen om de gezondheidstoestand van haar kind te verbeteren. De arts heeft daarop geantwoord dat kinderen in de vakantie vaak al genoeg bewegen en dat dat in principe de beste training is. Als reactie op het antwoord van de arts herhaalt de ouder in dit fragment de vraag maar geeft ze deze niet vorm met een voorbeeld zoals de eerste vraag, maar met een scenario.

Voorbeeld 9-19 (uit fragment 4 r455 t/m 456)

1. M: ik kan niet e:h als ik zeg maar haar
2. elke avond meeneem voor een
3. wandeling verwachten dat zij
4. daardoor ook [hè?
5. A: [nee.

Het scenario wordt net als het vorige fragment door de ouder in een algemeen kader geschetst: als iemand actief is helpt dit de klachten van astma te reduceren.

De ouder stelt een vraag welke een negatieve formulering bevat door het woord *niet* in de eerste regel van het fragment. In het kader van voorkeur voor overeenstemming geeft de uitspraak een preferentiestructuur aan die gebaseerd wordt op de wijze waarop de spreker de uiting formuleert. Wanneer de uiting negatief geformuleerd is, is de voorkeur voor overeenstemming in dat geval ook negatief. Zo ook in het bovenstaande voorbeeld waarin de ouder de stelling negatief formuleert, de arts heeft immers eerder in het gesprek al aangegeven dat extra lichamelijke activiteiten in de vakantie niet nodig is aangezien kinderen al veel bewegen tijdens de zomervakantie. Noemenswaardig is de vormgeving van het scenario waarbij geen gebruik wordt gemaakt van de als/dan formulering die tot nu toe in zowel bij de illustraties van de arts als het kind naar voren komt.

DEELCONCLUSIE SCENARIO'S

In deze subparagraaf stond het schetsen van een scenario centraal. Aan het begin van het hoofdstuk is gesteld dat het voorbeeld en het scenario erg op elkaar lijken.

De gespreksdeelnemers gebruiken beide vormen van illustratie voor hetzelfde doel: de gesprekspartner in laten leven in een bepaalde situatie. Toch zijn er een aantal aspecten genoemd waarvan beide vormen van illustratie van elkaar verschillen. In dit hoofdstuk is daar nog een aspect bij gekomen. Het schetsen van het scenario wordt veelal door de gespreksdeelnemers vormgegeven aan de hand van een als/dan-formulering. *Als* situatie *y* dan *x*. Deze wijze lijkt erg op de vormgeving van het voorbeeld. Bij het vormgeven van een scenario spreken de deelnemers dit echter expliciet uit.

10 CONCLUSIE

In dit onderzoek is de participatie van de gespreksdeelnemers in een arts-ouder-kind gesprek bestudeerd. Vanuit het perspectief dat de participatiemogelijkheden van de patiënt tijdens een arts-patiënt gesprek gelimiteerd zijn, wordt gesteld dat wanneer er een derde participant aan het consult wordt toegevoegd, de participatiemogelijkheden van de gespreksdeelnemers verder in het geding zouden komen. Om dit fenomeen nader te bestuderen zijn er zes gesprekken tussen arts, ouder en kind aan de hand van drie thema's nader bestudeerd. De analyse binnen de drie thema's heeft resultaten opgeleverd waaruit conclusies getrokken kunnen worden. Tevens worden er op basis van de analyse in dit hoofdstuk enkele aanbevelingen voor de gezondheidszorg gedaan.

Allereerst is onderzocht hoe de structuur van het controlegesprek interactioneel door de gespreksdeelnemers wordt vorm gegeven en wat de invloed van deze structuur is op de participatiemogelijkheden. Vervolgens is gekeken naar de participatie van de deelnemers vanuit het perspectief van de side participant, wie wanneer deze rol aanneemt en hoe de side participant in het gesprek wordt betrokken. Er is behalve naar de participatierollen van de participanten ook gekeken naar de rollen van expert en non-expert en de wijze waarop zij door middel van illustratietechnieken dit interactioneel relevant maken. Daaruit blijkt dat de arts tijdens het medische gesprek gericht is op het kind: hij stelt in het gesprek ten aller tijde het kind centraal. Allereerst doet hij dit door de anamnese een tweedeling te geven. Daarnaast blijkt het uit de wijze waarop hij het kind centraal laat staan ten opzichte van de ouder. Door het gebruik van illustraties ter ondersteuning van een vraag, stelt de arts zich op als non-expert. Daarmee krijgt het kind de rol van expert waardoor de asymmetrie tussen arts en patiënt vermindert.

10.1 DE STRUCTUUR VAN HET GESPREK

In het kader van de participatiemogelijkheden binnen de structuur van het arts-ouder-kind controlegesprek, kan gesteld worden dat de wijze waarop de arts de anamnese

vormgeeft, karakteristiek is voor het arts-ouder-kind gesprek. De tweedeling van de anamnese geeft zowel het kind als de ouder de gelegenheid om tijdens de anamnese te participeren. Doordat de arts de openingsvraag aan het kind richt, laat hij zien dat het kind tijdens het gesprek centraal staat. Vanuit het theoretisch kader weten we dat de start van het medische consult bepalend is voor de mate waarin het kind tijdens het gesprek participeert (Tates, 2009). Er kan dus geconcludeerd worden dat de vormgeving van de openingsvraag en de anamnese door de arts de kans voor het kind om te participeren tijdens het medische consult vergroot. Wanneer de start van het gesprek niet gericht is aan het kind, wanneer de ouder tijdens het eerste gedeelte van de anamnese de beurt vaak overneemt of wanneer de arts er niet in slaagt om het kind actief bij het gesprek te betrekken, blijft het tweede gedeelte van de anamnese uit. De anamnese blijft dan een geheel waarin of de ouder en het kind samen vertellen of waarin de ouder de rol van woordvoerder van het kind op zich neemt.

Het begin van het gesprek is dus cruciaal voor de rolverdeling en participatiemogelijkheden binnen het arts-ouder-kind gesprek. Doordat de arts de opening van het gesprek richt aan het kind, laat hij niet alleen zien dat het kind tijdens het gesprek centraal zal staan, maar ook welke rol de ouder hierbij in dient te nemen: de rol ondersteunende rol van de side-participant. Een gesprekskader wat hij in het begin van het gesprek vaststelt zodat de gespreksdeelnemers weten wat er van hen verwacht wordt.

10.2 PARTICIPATIE

Tijdens het arts-ouder-kind gesprek vervult de ouder in het eerste gedeelte van de anamnese de rol van side participant. In het tweede gedeelte vervult het kind deze rol. Alleen de ouder selecteert zichzelf echter tijdens het eerste gedeelte van de anamnese. Het kind doet dit niet wanneer de arts met de ouder in gesprek is. De ouder selecteert zichzelf voornamelijk in de sequentiële positie van de post-expansie waarmee de uiting van de ouder vrijwel altijd betrekking heeft op het antwoord van het kind.

De ouder vult het antwoord aan, concretiseert, beargumenteert en neemt tevens verantwoordelijkheid. Wanneer de ouder het kind tracht te stimuleren om zelf antwoord te geven op de vraag van de arts, wordt dit interactioneel door de arts als ondergeschikt beschouwd. De conclusie die daaruit voortkomt is dat de ouder tijdens de anamnese tussen de arts en het kind een ondersteunende rol heeft ten opzichte van het kind. Als we kijken naar de functies van de uitspraken in combinatie met de ondersteunende rol van de ouder kan er geconcludeerd worden dat de reden waarom de ouder zichzelf selecteert tijdens de anamnese, betrokkenheid is. De ouder voelt zich betrokken bij het kind en selecteert zichzelf om het kind tijdens het medische consult te ondersteunen. Daarbij kan geconcludeerd worden dat de arts deze functie van de ouder waardeert: de uitspraken met deze functie en in deze sequentiële positie worden door de arts als wezenlijk beschouwd.

Tevens een interessante observatie is de wijze waarop de arts het kind tijdens het gesprek centraal laat staan, zelfs wanneer de ouder zichzelf tijdens de anamnese selecteert. De informatie van de ouder wordt door de arts pas als wezenlijk beschouwd als het kind de aangedragen informatie van de ouder bevestigt. Daaruit kan geconcludeerd worden dat ondanks de bijdrage van de ouder, het kind tijdens het gesprek een centrale rol vervult. Dit wordt door het vragen om bevestiging aan het kind nogmaals benadrukt wordt.

10.3 ILLUSTRATIES: GESPREKSPARTNER IN LATEN LEVEN

In het theoretisch kader is gekeken naar illustratietechnieken die de asymmetrische rollen expert en non-expert gebruiken om hun expertise interactioneel relevant te maken. De analyse laat echter een ander beeld zien. De illustratietechnieken worden door de gespreksdeelnemers niet gebruikt om hun expertise te tonen, maar om elkaar in te laten leven in een bepaalde situatie. Wanneer de arts voornamelijk gebruikt maakt van scenario's, omdat hij met een voorbeeld niet naar concrete situaties uit het leven van het kind kan verwijzen omdat hij deze concrete kennis heeft, zorgt het scenario ervoor dat het antwoord van het kind inzicht geeft in die concrete gebeurtenis. Het kind kan in het antwoord tevens gebruik maken van een vorm van illustratie maar dat hoeft niet. Hoe dan ook, het antwoord

van het kind laat op zijn beurt de arts inleven in een situatie. Doordat de gespreksdeelnemers voornamelijk illustraties gebruiken om elkaar in te laten leven, is het niet verwonderlijk dat de meerderheid van alle illustraties geuit wordt tijdens de anamnese. Het gebruik van illustraties ter ondersteuning van een vraag, het willen weten wat er in een bepaalde situatie gebeurt, draagt niet alleen bij aan het doel van de anamnese (inzicht krijgen in de gezondheidsstatus van het kind) maar tevens aan relationele aspecten tussen de arts, ouder en het kind. Wanneer de arts door middel van een illustratie iets aan het kind vraagt, stelt hij zich op als non-expert en kan gesteld worden dat de asymmetrie tussen arts en patiënt kleiner wordt. De arts stelt zich op dat moment op als non-expert: hij weet niet hoe de concrete situatie precies verloopt. Het kind (en de ouder) vervullen automatisch de rol van expert, zij weten wel hoe de concrete situatie verloopt. Noemenswaardig dat in het theoretisch kader wordt gesteld dat metaforen binnen de medische interactie het meeste voor zouden komen. In dagelijkse gesprekken zouden andere technieken geprefereerd zijn zoals het gebruik van voorbeelden en scenario's. Op basis daarvan zou dus gesteld kunnen worden dat het gesprek tussen arts, ouder en kind een informeel karakter heeft: de asymmetrie tussen arts en patiënt verkleint. Het gebruik van voorbeelden en scenario's zou in het kader van de participatie van het kind tijdens een medisch consult dus een positief aspect kunnen zijn.

10.4 AANBEVELINGEN

Wanneer de anamnese tussen de arts en de ouder voortvloeit naar het behandelvoorstel, wordt dit eerst met de ouder besproken. Wanneer de arts op een samenvattende wijze het behandelvoorstel voorlegt aan het kind, als overgang om terug te gaan naar het kind, kan er een extra asymmetrie ontstaan. De ouder sluit zich aan bij de mening van de arts: zij hebben samen het behandelvoorstel besproken. Deze wordt vervolgens voorgelegd aan het kind. Daardoor kan het kind naast de asymmetrie met de arts, tevens een asymmetrie met de ouder ervaren. Ondanks dat het voorstel door de arts pas interactioneel goedgekeurd wordt wanneer het kind het voorstel geaccepteerd heeft, rijst de gedachte dat het voor de participatie van het kind tijdens het gesprek wellicht goed zou zijn om eerder bij het

behandelvoorstel betrokken te worden. Immers, wanneer de arts en de ouder een behandeling hebben besproken, voelt het kind zich door de dubbele asymmetrische relatie wellicht niet in staat om het voorstel te weigeren. De leeftijd van het kind is echter afhankelijk voor de mate waarin het kind wettelijk gezien geïnformeerd moet worden. De kinderen die in aan dit onderzoek meededen waren bij het moment van opname tussen de zeven en tien jaar en zijn daarmee wilsonbekwaam: de ouder is de wettelijke vertegenwoordiger tijdens het medische consult en moet daarom geïnformeerd worden over de behandeling en dit ook goedkeuren.

Een aspect dat tevens een aanbeveling verdient, is de openingsvraag. In alle gevallen wordt deze door de arts als een stelling aan het kind gepresenteerd. Interactioneel blijkt dat het kind de indirecte vraag die als stelling gepresenteerd wordt, lastig vindt. Dit is te zien aan de relatief lange stiltes die vallen tussen de beurten van de arts. Na een indirecte uitnodiging uit de arts, omdat het antwoord van het kind uitblijft, volgt vaak een directe uitnodiging om het antwoord van het kind alsnog te bewerkstelligen. De aanbeveling is dan ook om deze vraag als een vraag te stellen. Dus niet alleen de prosodie maar ook zinsbouw speelt hierin mee. Verwacht wordt dat wanneer de arts vragen op een directe manier vormgeeft, het kind minder moeite zal hebben om deze vraag te beantwoorden.

Ter afsluiting

De structuur van het gesprek, de participatie van de gespreksdeelnemers en de vormen van illustratie die in dit onderzoek centraal staan laten zien dat het gesprek tussen arts, ouder en kind veelomvattend is. De thema's en de wijze waarop de gespreksdeelnemers de aspecten binnen deze thema's en hun rollen relevant maken, dragen bij aan de participatiemogelijkheden van de gespreksdeelnemers. Niet alleen de arts draagt hieraan bij. Het arts-ouder-kind gesprek is een gesprek van alle drie de deelnemers. Een co-constructie waarin alle rollen er toe doen, als een dans die zij met zijn drieën opvoeren.

11 DISCUSSIE

Dit onderzoek biedt inzicht in de participatiemogelijkheden en karakteristieke aspecten van een arts-ouder-kind gesprek. Er is getracht een zo volledig mogelijk beeld te geven van het gesprek. Hoewel dit onderzoek zich specifiek richt op drie onderwerpen binnen dit onderzoeksobject, zijn er ook onderwerpen onderbelicht gebleven. In dit hoofdstuk wordt met een kritische blik naar het onderzoek gekeken en worden er aanbevelingen gedaan voor eventueel vervolgonderzoek.

11.2 ONDERZOEKSOPZET

De opzet van het onderzoek is relatief kleinschalig en zorgt ervoor dat de resultaten van het onderzoek niet te generaliseren zijn. Zo zijn er slechts zes gesprekken tussen kinderarts, ouder en kind opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd. Ondanks dat de diversiteit van de kinderen en ouders die aan dit onderzoek meededen, zijn de gesprekken maar bij één arts opgenomen. De opzet van het onderzoek komt de vraag van de kinderarts tegemoet, maar de onderzoeksresultaten zijn niet te generaliseren in het brede kader van het arts-ouder-kind gesprek. Daarnaast waren de zes gesprekken soms te weinig om patronen en overeenkomsten te vinden binnen de gesprekken. De participatie van het kind was bijvoorbeeld erg interessant. Niet alleen in de anamnese maar ook in de rest van het gesprek. Echter, wanneer een kind bijvoorbeeld een vraag stelt aan de arts en daarmee een nieuw topic begint en dit slechts in een gesprek voorkomt is het lastig om dit een patroon te noemen en hier nader op in te gaan.

Daarnaast ben ik me er zeer van bewust dat vele aspecten van dit onderzoek, zoals de structuur van het gesprek, erg persoonlijk van aard kunnen zijn. Doordat een nieuwe fase in de structuur van het medische consult door de arts geïnitieerd wordt, wordt er verondersteld dat elke arts een eigen structuur heeft om een gesprek te voeren. Dit zou natuurlijk ook aangepast kunnen worden aan de gesprekspartner(s) al blijft het doel van het gesprek wat de institutionele setting met zich meebrengt en wat gekoppeld is aan de fasen de boventoon voeren voor deze gedachten.

Dat elke arts een eigen stijl heeft voor het voeren van een medisch consult werd bevestigd toen er na het uitvoeren van de analyse, een gesprek van een andere kinderarts bekeken werd. In dit onderzoek wordt slechts één van de vele opties gepresenteerd. Een tweedeling in de anamnese hoeft niet zo te zijn, het voorkomen van twee keer een behandelvoorstel ook niet. Immers, bij twee van de zes gesprekken, waarbij het behandelvoorstel uitgebreid is besproken, komt er geen tweede behandelvoorstel.

Dit onderzoek heeft getracht met een brede kijk op arts-ouder-kind gesprekken, inzicht te geven in de karakteristieke eigenschappen hiervan. Het onderzoek is dan ook zeer breed geformuleerd en opgezet zodat dit gerealiseerd kon worden. De onderzoeksopzet was lastig omdat er vanuit de literatuur weinig bekend is over dit specifieke onderwerp waar, met het doel van de scriptie, op voortgebouwd kon worden. Met name in combinatie met de vraag uit de praktijk, beter communiceren met ouder en kind, was het lastig om de juiste onderzoeksopzet en methode te kiezen. Een conversatie analytisch onderzoek in combinatie met een kwantitatief gedeelte waarbij de ouders en kinderen ook betrokken zouden worden, was geschikt om tegemoet te komen aan de vraag van de arts. Echter streefde de methode het doel van de scriptie voorbij. Ik vond het lastig om hierover een beslissing te maken, vooral in combinatie met de betrokkenen bij het onderzoek. Ik wilde dat iedereen zich zou kunnen vinden in de gekozen onderzoeksopzet.

De onderzoeksmethode conversatieanalyse is gekozen omdat het een eerste inzicht geeft in de gesprekken en bewustwording teweeg brengt: als je weet hoe het gaat kun je het ook veranderen. Achteraf bleek dit een goede methode te zijn. Niet alleen voor mij als onderzoeker maar ook voor de arts. Het is beschrijvend en niet aanvallend naar de arts toe waardoor confrontatie als opbouwend werd ervaren. Het onderzoek is daarmee niet alleen interessant voor de conversatieanalyse maar ook zeker voor de medische sector. Er is daarom bewust gekozen om deze scriptie en de onderzoeksresultaten op een toegankelijke wijze op te schrijven. Door middel van het kiezen van drie thema's is geprobeerd het onderzoek lichtelijk af te bake-

nen en binnen de thema's door middel van de analyse getracht diep op het onderwerp in te gaan.

De onderwerpen gaven handvatten voor de analyse.

Ondanks het opsplitsen van drie thema's richt het onderzoek zich voornamelijk op de anamnese. Dit was geen bewuste keuze: het materiaal inspireerde en was hierin leidend.

De afbakening van zowel de drie thema's als het richten op de anamnese heeft ook nadelen. Immers, er zijn vele andere thema's en fasen die het gesprek van arts, ouder en kind karakteriseren en die de moeite waard zijn om te onderzoeken zoals de rol en participatie van het kind tijdens het gehele gesprek. Daarnaast belemmerde de drie onderwerpen het onderzoek, soms waren enkele voorbeelden erg interessant om te beschrijven maar vervolgens lastig om onder een onderwerp te scharen. Wanneer er gekozen zou zijn om het onderzoek op een specifiek thema te richten, was dit onvoldoende om tegemoet te komen aan de vraag van de arts, wat met dit onderzoek wel het geval is. Het beschrijvende onderzoek bleek een goede manier te zijn om aan de ene kant inzicht te geven in het arts-ouder-kind gesprek en om aan de andere kant, bewustwording bij de arts te bewerkstelligen.

11.2 AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Voor dit onderzoek zijn video-opnames gemaakt. Omdat het aanleren van het computerprogramma Transana niet goed genoeg van de grond kwam om de transcripten te maken, zijn de transcripten voor dit onderzoek gemaakt aan de hand van de audiobestanden. Daarmee zijn de videobeelden niet optimaal benut. Door de videobeelden te betrekken bij de vormen van bijvoorbeeld illustratie, kan het beeld dat nu geschetst is worden aangevuld.

Immers, wanneer de arts tijdens het gesprek een medicijn aanwijst, kan dit ook gezien worden als een vorm van illustratie. In vervolgonderzoek kan niet alleen gekeken worden naar de manier waarop iets gezegd wordt en wat de gespreksdeelnemers zeggen, maar ook welke non-verbale signalen de deelnemers aan elkaar laten zien en hoe deze een rol kunnen spelen tijdens de interactie.

Wanneer er vervolgonderzoek gedaan wordt op dit gebied is het interessant om gesprekken op te nemen bij meerdere artsen, zodat deze ook onderling met elkaar vergeleken kunnen worden. Het is wetenswaardig om bijvoorbeeld de stijl in de structuur van gesprekken en het gebruik van illustraties te onderzoeken. Daarnaast kunnen meer gesprekken zorgen voor aanvullende en duidelijkere patronen zoals bij de structuur van het gesprek het geval is. Drie van de zes gesprekken bevatten bijvoorbeeld de evaluatiefase. Met meerdere gesprekken zou duidelijker kunnen worden hoe vaak deze fase voorkomt en zou de rol van deze fase duidelijker omschreven kunnen worden. Ook zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op alle afzonderlijke fasen, dan wel een specifieke fase, behalve de anamnese. Ondanks dat het materiaal in dit onderzoek leidend was, is het interessant in vervolgonderzoek bewust de andere fasen nader te bestuderen.

LITERATUURLIJST

Astma Fonds (2010)¹. *Piepen, hoesten, benauwd. Feiten over astma*. Amersfoort: Astma Fonds.

Astma Fonds (2010). *Astma bij kinderen*. Verkregen op 12 juni 2012 van <http://www.astmafonds.nl/sites/default/files/files/astma%20bij%20kinderen.pdf>

Berenst, J. (2011). *Identiteiten en Sociale Relaties in Gesprekken, syllabus bij het college gespreksanalyse*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit der Letteren.

Blazís, M. (2005). NFGV – Depressie Centrum – I&A-lijn. Kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar de Informatie- & Advieslijn van het NFGV. *Deel 2: kwalitatief onderzoek naar de gesprekken van de I&A-lijn met behulp van conversatie-analyse* [masterscriptie]. Utrecht: Universiteit Utrecht

Brand, P.L.P., Rottier, B.L. (2002). Praktische Kindergeneeskunde: *Kinderlongziekten*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Brünner, G. (1987) *Kommunikation in institutionellen Lehr-Lern-Prozessen. Diskursanalytische Untersuchungen zu Instruktionen in der betrieblichen Ausbildung*. Tübingen: Narr.

Bubel, C.M. (2008). Film audiences as overhearers. *Journal of Pragmatics* 40: 55–71.

Byrne, P.S., Long, B.E.L. (1976). *Physicians talking to patients: A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. London: Her Majesty's Stationery Office.

Ciapuscio, Guiomar, E. (2003). Formulation and reformulation procedures in verbal interactions between experts and (semi-)laypersons. *Discourse Studies* 5 (2), 207–233.

Clark, H.H. (1996). *Using Language*. Cambridge: Cambridge University Press.

Drew, P. & Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work: An introduction. In Paul Drew and John Heritage, eds. *Talk at work*, 3-65. Cambridge: Cambridge University Press.

Drew, P., Chatwin, J. & Collins, S. (2001) *Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals*. *Health Expect* 2001;4:58-70.

Goffman, E. (1981) *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; Oxford: Oxford University Press.

Gülich, E (2003). Conversational techniques used in transferring knowledge between medical experts and non-experts. *Discourse studies* 5 (2): 235:263. Sage Publications: London.

Have, P ten. (2001). Lay diagnosis in interaction. *Text – interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21 (1-2), 251-260.

Have, P ten. (2001) 'Introduction to Applied Conversation Analysis'. In: McHoul, A. & Rapley, M. (eds) *How to Analyse Talk in Institutional Settings: A Casebook of Methods*. London: Continuum: 3-11.

Have, Paul ten (2005) 'Talk and institution: a reconsideration of the 'asymmetry' of doctorpatient interaction'. In: Deirdre Boden & Don H. Zimmerman, eds. *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis*. Cambridge: Polity Press: 138-63

Heritage, J. (2005). *Conversation Analysis and Institutional Talk*. Los Angeles: University of California.

Heritage, J., Robinson, J.D., Elliot, M.N., Beckett, M., Wilkes, M. (2007). *Reducing Patients' Unmet Concerns In Primary Care: the Difference One Word Can Make*. *Society of General Internal Medicine* 2007: 1429-1433.

Heritage, J., Clayman, S. (2011). *Talk in Action. Interactions, Identities, and institutions*. United Kingdom: Blackwell Publishing.

Houtkoop, H. & Koole, T. (2000). *Taal in actie. Hoe mensen communiceren met taal*. Bussum: Coutinho.

Mazeland, H. (2003) *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Coutinho

Pomerantz, A. & Rintel, E.S. (2004). Practices for Reporting and Responding to Test Results during Medical Consultations: Enacting the Roles of Paternalism and Independent Expertise. *Discourse Studies*, 6(1), 9-26.

Rijksoverheid (2013). Wat zijn de rechten en plichten van arts en patiënt? Verkregen op 26 maart 2013 via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrechten-clientenrecht/vraag-en-antwoord/wat-zijn-de-rechten-en-plichten-van-arts-en-patient.html>

Robinson, J. D. (2001) Asymmetry in action: Sequential resources in the negotiation of a prescription request. *Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21(1-2), 19-54.

Robinson, J. (2003) An interactional structure of medical activities during acute visits and it's implications for patients' participation'. *Health Communication*, 15: 1, 27-59

Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). *A simplest systematics for the organization of turn-taking in conversation*. *Language*. 50. 696 – 735.

Tates, K. (2001). *Doctor-parent-child communication: A multi-perspective analysis* [proefschrift]. Utrecht: Nivel.

Tates, K., Meeuwesen, L., Elbers, E., Bensing, J. (2002²) *I've come for his throat': roles and identities in doctor-parent-child communication*. Oxford: Blackwell Science Ltd

Tates, K., Elbers, E., Meeuwesen, L., & Bensing, J. (2002). Doctor-parent-child relationships: A 'pas de trois'. *Patient education and counseling*, 48(1), 5-14

Tates, K. (2009). Consultvoering met kinderen vraagt om en helder gesprekskader! *Tijdschrift voor Psychomotorische Kindertherapie en Educatie*, (1), 3-7.

Veening, E., Gans, R., Kuks, J. (2009) Medische consultvoering. Hoofdlijnen en achtergronden. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Westra, M.E. (2011) *Transitie in het UMCG: "Zo oud: Hup-pakeel!" Een onderzoek hoe zorgverleners van het CF-team de transitie van jongeren én hun ouders als process kunnen vormgeven*. Rijksuniversiteit Groningen [Masterscriptie]

Foto's voorkant:

http://www.sfg.nl/Pics/Kind/Homepage%20fotos/Kinderafdeling_groot.jpg

<http://www.peeveemcl.nl/vvom/>

BIJLAGE I TRANSCRIPTIECONVENTIES

Aan de hand van de transcriptieconventies beschreven in Mazeland (2003), zijn de zes gesprekken die voor het onderzoek zijn opgenomen, getranscribeerd.

Opvallende kenmerken van dit transcriptiesysteem zijn:

- Elke beurt begint op een nieuwe regel;
- Beurten worden relatief ten opzichte van elkaar gepositioneerd, hetzij door meting van een tussenliggende pauze, hetzij door markering van de plaats waarop overlap tussen beurten begint;
- Prosodische productie-eigenschappen die interpretatief relevant lijken, worden zo mogelijk genoteerd.

Gespreksorganisatorische relaties

(1,5) pauze: hetzij beurt intern, hetzij tussen beurten
(.) stilte korter dan 0,2 seconde

tekst=

=tekst2

er is geen waarneembare stilte tussen de beurten van twee op elkaar volgende sprekers, of tussen opeenvolgende uitingseenheden van dezelfde spreker

[spreker 1
[spreker 2

deze twee gespreksdeelnemers beginnen tegelijkertijd een beurt

sp[reker1
[spreker2

Deze tweede spreker begint tijdens de beurt van de huidige spreker, en wel precies op het punt waarop het haakje staat.

Spr[eke]r1
[ja:]

De tweede sluitende haak ']' geeft het punt aan waarop de uiting van de tweede spreker ophoudt (relatief ten opzichte van de uiting van de eerste spreker)

Prosodie

De interpunctietekens van de schrijftaal (punt, komma e.d.) fungeren niet als leestekens, maar als aanduiding van globale intonatielijnen:

.	dalend intonatieverloop
,	licht stijgend intonatieverloop
?	stijgende intonatie aan het eind van het betreffende uitingsdeel
!	uitingsdeel geproduceerd met uitroepachtige prosodie
↑	toonbeweging omhoog, voor duur van één lettergreep, of binnen een lettergreep
↓	toonbeweging omlaag

<u>aksent</u>	de onderstreepte lettergreep of klank is geaccentueerd
re:kken	de betreffende (mede-)klinker is opvallend langer dan 'normaal' is voor deze spreker
LUID	de in hoofdletters geschreven tekst wordt relatief luid uitgesproken
afbre-	de spreker houdt plotseling in, en breekt de productie van het woord af
°tekst°	relatief zacht uitgesproken uiting(sdeel)
>	de tekst die volgt, wordt relatief sneller uitgesproken
<	de tekst die volgt, wordt relatief langzamer uitgesproken
<d>	Zoals een pijltje naar beneden de prosodie van een woord aangeeft, geeft <d> een heel gedeelte van de zin aan met een toonbeweging omlaag.

Geluidsproductie

78

·hHh	duidelijk waarneembare inademing: elke h staat voor een duur van ongeveer 0,2 van een seconde. De hoofdletter H staat voor een relatief luidere inademing of een deel daarvan
hh	hoorbare uitademing
krakerig	krakerig
((snuift))	karakterisering van non-verbale uiting

Transcriptieproblemen

()	spreker zegt iets dat de transcribent niet kan verstaan
(iets)	de transcribeerder is er niet zeker van dat de tussen haakjes vermelde tekst een correcte weergave is van de gesproken tekst

BIJLAGE II ONDERZOEKSRÉSULTATEN SCHEMATISCH WEERGEVEN

Fase	Karakteristieke eigenschappen Structuur	Karakteristieke eigenschappen Participatie	Karakteristieke eigenschappen Illustratie
Opening	Kind centraal Social talk.		
Anamnese – arts/kind	<p>Openingsvraag: gericht aan het kind. Deze wijze vergroot de participatie van het kind.</p> <p>Elementen: Het noemen van het nummer in reeks controle gesprekken Reden voor bezoek Laatste bezoek Noemen van de gespreksonderwerpen Noemen van de opname 'hoe gaat het' component (hoe is het de afgelopen tijd gegaan) Aanbeveling: stel deze vraag als een vraag.</p>	<p>Ouder selecteert zichzelf voornamelijk in de sequentiële positie van de postexpansie: als reactie op het antwoord van het kind.</p> <p>Deze reacties hebben een ondersteunde functie. De ouder laat zien betrokken te zijn bij de gezondheid van het kind. Wanneer de ouder het kind probeert te stimuleren, om bijvoorbeeld zelf antwoord te geven op de vraag van de arts, wordt dit interactioneel door de arts als ondergeschikt beschouwd.</p> <p>Wanneer de ouder nieuwe informatie aandraagt, wordt dit door de arts pas geaccepteerd wanneer het kind deze nieuwe informatie heeft bevestigd.</p>	<p>De gespreksdeelnemers gebruiken voornamelijk illustraties om elkaar in te laten leven in een bepaalde situatie.</p> <p>De arts gebruikt voorbeelden om een vraag aan het kind te kunnen stellen binnen een bepaalde context (gebeurt er x in situatie y). Het scenario gebruikt hij ten opzichte van een voorbeeld vaker.</p> <p>Het schetsen van een scenario onderscheidt zich door de als/dan formulering.</p> <p>Het kind beschrijft aan de hand van een voorbeeld een situatie als antwoord op de vraag van de arts.</p>
Anamnese – arts/ouder	<p>Het introduceren van de ouder door middel van een huidige-kiest-volgende techniek. Kind centraal: arts vraag toestemming aan het kind om anamnese tevens bij de ouder af te nemen. Participatiemogelijkheden vergroten: op uitnodiging van de arts: 'nog andere dingen?' aan het einde van de anamnese (of andere fase van het gesprek) of doormiddel van zelfselectie van de ouder.</p>	<p>Wanneer de art en de ouder in gesprek zijn tijdens het tweede gedeelte van de anamnese, selecteert het kind zichzelf niet.</p>	<p>De ouder gebruikt het voorbeeld met name om te argumenteren. Met een argument: Bevestigt de ouder de uitspraak van het kind. Nuanceert/ondersteunt de ouder de uitspraak van de arts Onderbouwt de ouder de uitspraak van zichzelf.</p> <p>Voorbeelden komen in fragmenten vaak samen met scenario's voor.</p>

Fase	Karakteristieke eigenschappen Structuur	Karakteristieke eigenschappen Participatie	Karakteristieke eigenschappen Illustratie
Behandel- voorstel	<p>Vloeit voort uit de anamnese tussen arts en ouder</p> <p>Terug naar het kind door een samenvatting van het behandelvoorstel, wat door de arts en de ouder is besproken, voor te leggen aan het kind.</p> <p>Kind kan dubbele asymmetrie ervaren: zowel door de arts als van de ouder.</p>		
Evaluatie	<p>Wordt geïnitieerd na het lichamenlijk onderzoek.</p> <p>Kan het eerder gestelde behandelvoorstel bevestigen dan wel aanvullen.</p>		
Afsluiting	<p>Elementen:</p> <p>Noemen van de volgende afspraak</p> <p>Akkoord vragen bij ouder en kind voor de gemaakte afspraken</p> <p>Kans voor de arts om de participatiemogelijkheden te vergroten.</p>		



Communicatie tussen arts, ouder en kind

Beschrijving van het onderzoek

Doel

Het in kaart brengen van de communicatie tussen arts, ouder en kind.

Methode

In dit onderzoek worden een aantal gesprekken tussen de arts, ouder en het kind verzameld. Deze gesprekken worden opgenomen met een videocamera. De gesproken tekst wordt uitgewerkt op papier waarna deze versies van de gesprekken worden onderzocht. In het onderzoek wordt beschreven hoe de gesprekken tussen een arts, ouder en kind verlopen. Het onderzoek is gericht op taal: wat de arts, ouder en het kind tijdens het gesprek zeggen. Er wordt met het onderzoek niet ingegaan op waarom iemand iets zegt.

Waarom meedoen?

Door mee te doen aan dit onderzoek, levert u in eerste instantie een bijdrage aan dit wetenschappelijk onderzoek. Als u het goed vindt, kan het uitgeschreven en geanonimiseerde materiaal ook gebruikt worden voor onderwijs aan de Rijksuniversiteit Groningen en kan het materiaal ondersteuning bieden bij publicatie van wetenschappelijke artikelen in een wetenschappelijk tijdschrift. Het doel van het onderzoek is om de communicatie tussen de arts, ouder en kind in kaart te brengen. Daardoor is het mogelijk dat kinderartsen de gesprekken beter gaan begrijpen waardoor zij deze kunnen verbeteren.

Wat betekent deelname voor u?

Als u meedoet aan dit onderzoek, wordt het gesprek wat u met de kinderarts gaat voeren met een videocamera opgenomen. Hierbij wordt uw privacy gewaarborgd. Het videomateriaal wordt uitgeschreven, geanonimiseerd en vervolgens vernietigd: de beelden worden niet gebruikt bij publicatie. De uitgeschreven versies van het gesprek komen terug in het onderzoek. Ook later kunt u het opgenomen gesprek nog laten wissen.

Contact:

Melle Bouwhuis

Telefoon: 06-81 44 99 59

E-mail: m.bouwhuis@rug.nl

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Letteren

Postbus 716

9700 AS Groningen



TOESTEMMINGSVERKLARING

Voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek

Naam ouder/verzorger: _____

Geslacht: M / V*

Geboortedatum: _____

Naam kind: _____

Geslacht: M / V*

Geboortedatum: _____

*doorhalen wat niet van toepassing is

Wij (ouder/verzorger en kind) verklaren:

- informatie te hebben ontvangen over het bovengenoemde onderzoek. De aard en het doel van het onderzoek zijn mij voldoende duidelijk.
- vrijwillig in te stemmen met deelname aan bovengenoemd onderzoek en op de hoogte te zijn van het feit dat ik mij, op elk moment zonder opgave van reden, uit het onderzoek kan terugtrekken.
- toestemming te geven voor het maken van video-opnames.

Ja Nee

Wij (ouder/verzorger en kind) verklaren:

- Toestemming te geven om de *geanonimiseerde, uitgeschreven gesprekken* te gebruiken voor:
 - wetenschappelijk onderzoek
 - onderwijs aan de Rijksuniversiteit Groningen
 - wetenschappelijke publicatie

Plaats en datum: _____

Handtekening (ouder/verzorger): _____

Handtekening (kind): _____

ONDERZOEKER:

Ik (Melle Bouwhuis) verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Plaats en datum: _____

Handtekening: _____

Communicatie tussen arts, ouder en kind

Ik heb de informatie voor proefpersonen gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken voor de doelen die in de beschrijving van het onderzoek staan.

Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen.

Naam ouder: _____

Naam kind: _____

Datum: _____

Handtekening _____

Ik verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker: Melle Bouwhuis

Datum: _____